

N° D'ORDRE 18

ANNÉE 1964

THESE

présentée à la

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE

et de

PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 5 février 1964

pour obtenir

LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

NICOLAS Jean-Marie
né le 16 ¹⁷Avril 1932, à TAVERNES (Var)
Ancien Externe des Hôpitaux de GRENOBLE
Interne de l'Hôpital du VINATIER

PROBLÈMES DES INTER-RELATIONS HUMAINES
EN MILIEU PSYCHIATRIQUE HOSPITALIER

THESE

présentée à la

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE

et de

PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 5 février 1964

pour obtenir

LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

NICOLAS Jean-Marie

né le 16 Avril 1932, à TAVERNES (Var)

Ancien Externe des Hôpitaux de GRENOBLE

Interne de l'Hôpital du VINATIER

PROBLÈMES DES INTER-RELATIONS HUMAINES
EN MILIEU PSYCHIATRIQUE HOSPITALIER

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553421_0025

FACULTE MIXTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyens honoraires :

M. J. LEPINE : Membre de l'Institut

M. H. HERMANN : Correspondant de
l'Institut

Doyen : M. J.F. CIER

Assesseurs : MM. M. LEVRAT
L. REVOL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE,
MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET.

PROFESSEURS

MM. CIBERT	Clinique urologique
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	Physique biologique
DECHAUME	Clinique neuro-psychiatrique & d'hygiène mentale
CHAMBON	Chimie organique et toxicologie
WERTHEIMER	Clinique chirurgicale B.
PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B
FROMENT	Clinique et prophylaxie cardio-vasculaire
CROIZAT	Clinique médicale C
ENSELME	Chimie biologique et médicale
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A
REVOL	Pharmacie galénique
POLLOSSON	Clinique gynécologique
PIGEAUD	Clinique obstétricale
BOURRET	Médecine du travail
LEVRAT	Clinique médicale A
SOHLER	Hygiène et action sanitaire et sociale
NETTEN	Botanique et cryptogamie
BERTRAND	Clinique chirurgicale C
BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
DREVON	Pharmacie chimique et pharmacologie
ROCHE	Médecine légale et déontologie
COUDERT	Parasitologie et pathologie exotique
MOUNIER-KÜHN	Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio- phonologie
PAUFIQUE	Clinique ophtalmologique
THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie
BRUN	Clinique de pneumo-phthisiologie

MM. CREYSSSEL	Clinique traumatologique des membres
DARGENT	Clinique carcinologique
GUICHARD	Anatomie pathologie
GIRARD Paul	Pathologie générale et expérimentale
LATARJET	Anatomie
PEYCELON	Pathologie chirurgicale
GIRARD Marcel	Thérapeutique
VACHON	Pathologie médicale
GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires
PAPILLON	Radiologie
JEUNE	Clinique des maladies infectieuses
GONIN	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale
MONNET	Bactériologie
BANSSILLON	Physiologie et pathologie obstétricale
CHATONNET	Physiologie B
GUINET	Clinique endocrinologique
TRILLAT	Clinique de chirurgie orthopédique
FREIDEL	Clinique stomatologique
MARION Joseph	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles
DORCHE	Matière médicale et législation pharmaceutique
DUMONT Louis	Histologie et embryologie
PERROT	Chimie
CIER J.F.	Physiologie A.
PERRIN J.	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire
MICHAUD Pierre	Clinique de chirurgie cardiaque
X...	Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge
X...	Biologie médicale et pharmacodynamie

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM. BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine
BERTOYE	Bactériologie
MANSUY	Neuro-chirurgie
COLLET	Chimie générale et pharmaceutique
SARROUY	Clinique de pédiatrie
LACROIX	Hygiène et climatologie
LIARAS	Clinique chirurgicale propédeutique
LECUIRE	Neuro-chirurgie
REVOL	Médecine générale
GOINARD	Thérapeutique chirurgicale

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. ROMAN	Parasitologie
CIER André	Pharmacie chimique et pharmacologie
FEROLDI	Anatomie pathologique
MORET	Physique biologique

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

MM. CREYSSSEL Roger	Chimie biologique
THIVOLET	Hygiène
GARIN	Parasitologie
PINET	Electro-radiologie
ODDOUX	Botanique et cryptogamie
De SOLLIERS	Chimie analytique
TOLOT	Médecine du travail
DESFIERRE	Médecine générale
GUYOTAT	Neuro-psychiatrie
DESCOTES	Chirurgie générale
JOUVET	Pathologie expérimentale
PEYRIN	Physique biologique
TOMMASI	Anatomie pathologique
BUFFARD	Electro-radiologie
LEJEUNE	Médecine générale et thérapeutique
DE MOURGUES F.	Stomatologie
NAUSSAC	Maladies infectieuses
REBOUILLAT	Chirurgie générale
ROMAGNY	Pédiatrie
DELAHAYE J.P.	Médecine générale
DELEUZE R.	Anesthésiologie
GIRAUD M.	Electro-radiologie diagnostic et thérapeutique
MICHEL	Anesthésiologie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

DUROUX	Anatomie
BRETTE	Thérapeutique
BOUCHET	Anatomie
FAVRE-GILLY	Hématologie
GIROD	Histologie et embryologie
GRAS	Chimie biologique
MALLEIN	Chimie analytique
RIFFAT	Hygiène
FAUCON	Biologie médicale et pharmacodynamie
FLANDROIS	Physiologie
VIALLIER-RAYNARD	Bactériologie

AGREGES EN EXERCICE

MM. BURTHIAULT	Obstétrique
FRANCOIS	Pédiatrie et puériculture
GIGNOUX	Oto-rhino-laryngologie
GUILLEMIN	Chirurgie générale
JAUBERT DE BEAUJEU	Chirurgie générale
MARION Pierre	Chirurgie générale
PLAUCHU	Médecine générale

MM. PONT	Médecine générale
SACTOT	Chirurgie générale
FRANÇOIS	Médecine générale
VIGNON	Médecine générale
BONAMOUR	Ophtalmologie
COLIN	Médecine légale
COLOMB	Dermatologie
DE MOURGUES Georges	Chirurgie générale
DEVIC	Médecine générale
DUMONT Martial	Obstétrique
DURAND	Urologie
FRANCILLON	Chirurgie générale
SAUBIER	Chirurgie générale
SCHOTT	Neuro-psychiatrie
ALLEGRE	Neuro-chirurgie
CHASSARD	Electro-radiologie
FAYSSE	Orthopédie
GAILLARD	Oto-rhino-laryngologie
GARDE	Médecine générale
HUGONNIER	Ophtalmologie
KALB	Pneumo-phthisiologie
LARBRE	Médecine générale
LEBLT	Chirurgie générale
MORNEX	Médecine générale
NORMAND	Médecine générale
PERLIN André	Médecine générale
BETHENOD	Pédiatrie et puériculture
DUMAS	Stomatologie
FRIES	Médecine générale
GARMIER	Obstétrique
LAMBERT	Médecine générale
MICHOULLIER	Chirurgie générale
NOEL	Médecine générale
ROBERT	Médecine générale
SCHNEPP	Orthopédie

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Monsieur le Professeur DECHAUME

Monsieur le Professeur REVOL

Monsieur le Professeur Agrégé GUYOTAT

Monsieur le Professeur Agrégé COLIN

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

MONSIEUR LE PROFESSEUR DECHAUME

Professeur de clinique neuro-psychiatrique et d'Hygiène Mentale

Nous avons eu le privilège d'être interne dans son service au Vinatier. Nous en avons gardé un excellent et bénéfique souvenir.

Nous le remercions d'avoir accepté la présidence de notre thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR REVOL

Bien que nos occasions de rencontre aient été assez restreintes, nous avons apprécié dans les entretiens qu'il nous a accordés sa grande compréhension des rapports humains, sa profonde bonté et son sens de l'humanisme

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE GUYOTAT

Nous a fait profiter de ses qualités de psychothérapeute tout au long de notre séjour dans son service.

Nous espérons qu'il trouvera dans ce travail un reflet de ses pensées.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE COLIN

Nous le remercions d'avoir accepté d'être membre de notre jury. Nous espérons que ce travail l'intéressera car bien qu'étudiant un milieu aussi spécifique qu'est l'hôpital psychiatrique, les inter-relations humaines se retrouvent identiques dans tous les groupements sociaux et en particulier dans l'univers de la médecine légale, qu'il connaît bien.

A NOS MAÎTRES DE L'EXTERNAT des Hôpitaux Civils de Grenoble

Monsieur le Professeur BETHOUX

Monsieur le Professeur Agrégé MAZARÉ

Monsieur le Professeur ROGER

Monsieur le Professeur CONTAMIN

Monsieur le Docteur CHATEAU

Monsieur le Docteur BOUCHAYER

Monsieur le Professeur FAU

En témoignage de reconnaissance à celui qui nous a initié à la neuro-psychiatrie et a déterminé notre orientation par son enseignement de grande valeur.

Au Docteur BERNOT

Avec qui nous avons travaillé dix huit mois en neuro-psychiatrie à Constantine.

Nous espérons qu'il a gardé un meilleur souvenir du médecin que du militaire.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ACHAINTRE

Qui nous a entr'ouvert le monde psychiatrique hospitalier avec ses implications relationnelles qui font que l'on ne " fait " pas de la psychiatrie, mais qu'elle vous fait.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BALVET

Qu'il veuille bien trouver ici un hommage à son sens profond de l'analyse des inter-relations humaines, qui fait nous mieux connaître nous-même au travers des autres.

A MONSIEUR LE DOCTEUR KESSELBRENNER

Qui nous a fait profiter de son enseignement exceptionnel au Manhattan State Hospital.

Nous avons beaucoup apprécié le tact et la bonté dont il fait preuve dans ses rapports avec les patients.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DENBER

Qui nous a reçu un an dans son service au Manhattan State Hospital et qui nous a permis d'élargir notre horizon psychiatrique et sociologique.

Aux Médecins de l'hôpital psychiatrique du VILATIER

Monsieur le Docteur REQUET

Monsieur le Docteur BERTHIER

Monsieur le Docteur BEAUJARD

Monsieur le Docteur BROUSSOLLE

Monsieur le Docteur BECACHE

Monsieur le Docteur DUBOR

Madame et Monsieur les Docteurs REYSS BRION

Monsieur le Docteur MIRAILLET

Monsieur le Docteur BOUKSON

Madame et Monsieur les Docteurs PY

Mademoiselle le Docteur ROTHBERG

Madame le Docteur DUCLOS

Au personnel soignant

Aux malades, qui ont contribué et qui contribueront toujours
à ma formation psychiatrique.

I N T R O D U C T I O N

L'Hôpital Psychiatrique est sorti lentement du rôle de gardiennage du vieil asile pour tendre à devenir une communauté thérapeutique ayant pour but la guérison et la resocialisation du malade mental. L'architecture psychiatrique hospitalière a évolué et continue à évoluer ; elle se rapproche insensiblement de celle des hôpitaux généraux et s'ouvre petit à petit aux techniques plus modernes. Les structures internes de l'hôpital psychiatrique se modifient. Elles aspirent à une déhiérarchisation groupale au sein de structures hiérarchiques. L'hôpital psychiatrique constitue une organisation sociale ayant un système d'organisation qui lui est propre. Comme dans toute organisation sociale il s'y crée des inter-relations humaines dont il nous a paru intéressant de faire l'étude.

Nous allons dans une première partie faire un exposé sommaire des inter-relations humaines d'après le livre de A. ELSNARD (Psychanalyse du Lien Interhumain), l'analyse de ces inter-relations montrant l'existence d'une ambivalence constante : identification (ou participation) et agression. Ces deux attitudes humaines façonnent les conduites duelles et groupales.

La structure hiérarchique du milieu crée des états de dépendance. La non acceptation de cet état conduit à l'agressivité. Cette conduite s'oppose à l'identification et met en échec les inter-relations humaines.

Dans une deuxième partie, nous envisagerons les différents systèmes de subordination possibles, nous étudierons les structures internes de l'hôpital psychiatrique et les implications pratiques qui en découlent, pour terminer par une analyse du milieu thérapeutique.

Enfin, dans une troisième partie clinique, nous essaierons d'appliquer à la pratique psychiatrique hospitalière les données tirées de l'analyse du lien interhumain, en étudiant les inter-relations humaines auxquelles participent les malades, le personnel soignant, les médecins, les familles et l'administration.

Tout au long de cette étude, nous établirons un parallèle entre un hôpital psychiatrique de l'Etat de New-York (le "Manhattan State Hospital"), où nous avons travaillé un an, et le système psychiatrique hospitalier français.

Notre conclusion ne sera qu'une constatation : à savoir que l'analyse psychologique des conflits affectifs ayant pour thème les attitudes de domination et de soumission peut contribuer à éclairer les inter-relations humaines et faire de l'hôpital psychiatrique un milieu vraiment thérapeutique.

I. ère PARTIE

--

LE LIEN INTERHUMAIN

O O

O

5

FREUD, faisant état des relations du sujet avec son entourage, infantile, puis adulte, puis social, appelait ces relations des relations d'objet. Aujourd'hui, sous l'influence de la phénoménologie, elles sont devenues : relations inter-subjectives. Le névrosé et le psychotique sont des sujets qui ne savent ou ne peuvent, contracter des liens normaux et satisfaisants dans leurs relations familiales et sociales. Ces sujets présentent une insuffisance de leur relation inter-subjective - Autrement dit, le malade mental cherche à échapper au réel car la réalité est une réalité interhumaine.

L'homme prenant la connaissance de son existence dans sa pensée, prend par là même, connaissance de l'existence du monde humain dans lequel il s'insère et avec lequel il établit une rencontre.

Cette rencontre commence par le contact avec autrui. Ce contact, qui s'établit notamment par le regard, est parfois soudain pénible, surtout avant qu'aucune parole ne soit venue atténuer le malaise d'être considéré comme un objet observé. Il y a dans ce regard la possibilité d'une communication qui pourra faire place à l'hostilité lorsque le sujet observé a une tendance habituelle à projeter sur autrui sa propre infériorité.

Cette communication repose sur un phénomène de relation inter-subjective qui fonde notre connaissance de la vie des autres: l'identification. Elle est un lien avec l'autre, c'est une activité sociale à distance.

Cette identification est à la fois introjection de quelque chose de l'autre dans le sujet, et projection de quelque chose du même sujet dans l'autre.

Elle se présente sous 5 principaux aspects :

1°/ - Un aspect mimétique qui nous fait jouer à notre manière la scène dont nous sommes témoins,

2°/ - Un aspect affectif : c'est le premier attachement de l'être humain à une autre personne. L'étude de cet attachement ^{est} d'ailleurs utilisée comme méthode de connaissance concrète de l'homme dans la relation psychothérapique médecin-malade.

3°/ - Enfin, le troisième élément structurel de l'identification est un prolongement dramatique des deux premiers. Il consiste dans les inter-réactions des personnes jouant un rôle, s'aimant et se haïssant, en proie à leurs concurrences et jalousies en butte à des problèmes personnels, inclus dans le fouilli des relations inter-personnelles. Tous ces événements relèvent de la dialectique du couple, de celle du maître et de l'esclave, de l'accusateur et de l'accusé, c'est-à-dire des variations, intensifications ou échecs des liens à autrui, de l'identification à un autre ou à un groupe.

Deux attitudes humaines fondamentales s'affrontent donc d'un côté l'identification manifestant l'inter-subjectivité naturelle de l'homme à vivre avec ses semblables, de l'autre l'agression parfois intérieure et rentrée, parfois extériorisée et brutale.

le. Ces deux attitudes s'entremêlent, se succèdent, tant dans le comportement inter-individuel du couple ou du petit groupe, que dans le comportement collectif des vastes assembléments. Nous allons voir et analyser successivement ces deux tendances qui sont à la base de la vie de relation.

L'IDENTIFICATION DANS LE COUPLE

Il n'est pas possible d'analyser la situation de coexistence de deux êtres sans envisager cette étude sous l'angle de la relation, car on ne peut rejoindre le concret humain sans l'observer dans la réciprocité.

L'intérêt de l'étude de la relation duelle du couple réside dans le fait que ce lien binaire est à la base du lien social.

1°/ - C'est le couple parent-enfant qui est apparu le plus important par les conséquences qu'il entraîne pour l'avenir de l'enfant.

Les liens infantiles sont en général plus profonds, plus lourds de conséquences que les liens adultes, car les derniers sont commandés par les circonstances, les premiers sont imposés par la famille.

Nous rappelons la conception schématique des liens parentaux : le garçon s'identifie dès son jeune âge au père. C'est cette identification structurante qui fera de lui un être viril. Par contre, il s'identifie peu avec la mère ou du moins ne retient de cette identification que l'élément de sacrifice de soi-même dans la tendresse.

De même, c'est en s'identifiant à sa mère, prise pour modèle féminin, que la fillette commence de forger sa féminité,

abandonnant en grandissant l'identification première au père.

On peut donc dire que l'acquisition progressive de la virilité chez le garçon et de la féminité chez la fille, se forme dans le lien identificatoire de l'enfant au parent de son sexe.

Le couple père-fils tire son importance de sa persistance souvent insoupçonnée. Au cours de la situation oedipienne, le fils se pose bientôt en rival du père vis-à-vis de la mère. Cette haine jalouse du fils pour le père, non seulement n'est pas durable, mais n'est qu'un moment de la dialectique de l'Oedipe. Il arrive fréquemment que cette révolte s'apaise dans un oubli relatif, le père étant pardonné ou oublié.

Dans les cas normaux, le fils, au fur et à mesure qu'il acquiert sa personnalité, se libère de la tutelle paternelle. Le lien infantile au père aboutit alors à une camaraderie déférente.

Le grand problème de l'adolescent est de savoir se détacher de son modèle pour assumer son indépendance dans sa propre personnalité.

Le couple mère-fils comporte le danger de voir la mère empêcher le fils, trop fixé à elle, d'atteindre sa pleine maturité - sexuelle et affective -.

L'attitude castatrice de la mère aboutira à une castration symbolique, graduée, pouvant aller de l'impuissance sexuelle simple, avec ou sans sexualité fantasmatique, à l'incapacité d'unir le besoin sexuel physique à l'épanchement affectif, jusqu'à parfois l'impuissance génitale réelle, véritable castration.

Le couple père-fille est plus atténué dans ses conséquences, car le père, même autoritaire, présente toujours une certaine indulgence vis-à-vis de sa fille. Il est cependant certains

pères égoïstes qui retiennent leur fille dans le foyer comme substitut de la mère disparue.

Le couple mère-fille peut être fait d'une dépendance soumise de l'une à l'autre, dépendance basée sur l'inculcation de la haine du sexe opposé. Elle peut être aussi faite d'une haine intense liée à une rivalité sexuelle plus ou moins consciente.

Les liens familiaux, par leur origine infantile, ont ceci d'important, qu'ils portent en eux le germe des liens inter-humains futurs.

.../ - La dialectique du maître et de l'esclave correspond à une signification symbolique du couple lorsque celui-ci comprend deux partenaires dont l'un, de par sa situation, domine l'autre.

On retrouve ici la dépendance du couple père-fils ou mère-fille.

L'esclave travaillant pour le maître se sent frustré du profit de son travail et prend conscience de la perte de sa dignité. Il ne peut donc qu'attendre la mort de son tyran ou la sienne.

Dans cette lutte entre le maître et l'esclave, le patron et son employé ou son collaborateur etc.. c'est la valeur d'affirmation de soi-même et de dignité humaine qui est en jeu : " car être frustré ne signifie pas être privé, mais être privé de quelque chose auquel on a droit ". " Lorsque dans un couple l'un domine l'autre, celui-ci a le choix entre l'acceptation, la soumission plus ou moins sincère, ou la révolte. La conséquence de l'acceptation est le sentiment d'infériorité ; lorsqu'il y a révolte rentrée, il se produit une incorporation de l'agressivité en auto-agressivité dont le résultat est la culpabilité, culpabilité qui

peut se révéler par le mécanisme de projection sous forme de sentiment d'accusation à l'égard du dominateur. Enfin, lorsque la révolte devient consciente, l'individu exprime librement son agressivité

La conséquence de la domination de l'un par l'autre conduit à l'extrême à l'aliénation, aliénation au sens de remplacement de la personne en situation d'engagement, de choix, de décision, par un double foncièrement différent, abdiquant ses droits d'homme et capable de vivre psychiquement comme si toute action personnelle était chez lui dissoute dans l'action de l'autre.

L'aliénation ainsi comprise est la néantisation de toute dignité personnelle. Aussi, pour l'éviter, l'être humain se défend-il avec énergie contre cette menace destructive de sa personnalité morale.

" La dialectique du maître et de l'esclave...exige pour se développer une coexistence banale ou initialement supportable, qui, dans la durée seulement, et du fait de l'opposition des caractères, ou, plus généralement, des personnalités en jeu, développe le conflit du dominant et du dominé ".

C'est en analysant la dépendance que l'on voit apparaître clairement le conflit qui naît d'une tendance naturelle à s'aliéner plus ou moins dans l'autre et en même temps à fuir cette aliénation en rompant le couple : " on voit des sujets qui ont commencé par une dévotion complète à la vie et à la destinée de l'autre, qui ont pu se sacrifier...et qui se dressent un jour contre lui en adversaires irréductibles. Tout ce qu'ils avaient accumulé de lui en eux alimente brusquement tout ce qu'ils veulent devenir - eux-mêmes... Toute coexistence est alors impossible. L'opposition est de celles qui n'admettent pas de compromis. Le disciple ou le fidèle ne peuvent plus supporter même l'image du maître ou du chef; (H.VAILLON, de l'acte à la pensée - loc.cit.p.162).

5°/ - Le couple accusateur-accusé

Lorsqu'un sentiment de culpabilité endogène est refoulé, il y a absence apparente de culpabilité. Mais cette culpabilité se manifeste publiquement par un mécanisme de projection. Le sujet a l'impression d'être l'objet d'une attention particulière et inquisitoriale. Le sujet dominé par autrui a le sentiment d'être accusé. L'individu isolé de la collectivité, aux prises avec cette accusation imaginaire - (culpabilité projeté en accusation) - ressent cette collectivité comme une entité menaçante contre laquelle il se débat.

Le sujet s'identifie à une accusation, même implicite, qu'il introjecte sous forme d'une culpabilité intérieure.

IDENTIFICATIONS COLLECTIVES

DANS DIVERS GROUPEMENTS HUMAINS MODERNES

Lorsqu'on étudie le comportement d'une collectivité, on s'aperçoit qu'il existe "une participation consistant en une identification réciproque entre les membres du groupe, et une identification privée, individuelle, ou à courte portée, qui établit le lien identificatoire des membres du groupe à un ou à plusieurs personnalités privilégiées : meneurs, chefs, membres autoritaires ou notable du groupe. Si bien que l'analyse de toute identification en commun à un dirigeant doit commencer par l'analyse du prestige personnel du chef ou meneur".

Le succès du chef dépend non seulement des circonstances sociales qui leur fournissent une idéologie à exploiter,

mais d'une idée prévalente capable de leur donner une valeur subjective qui s'exprime dans un comportement en même temps exalté et résolu. C'est leur conviction d'incarner un idéal magnanime, de tendance d'ailleurs justicière, donc d'exhaussement éthique, qui les soulève hors de la masse - à la manière de la mégalomanie morbide, mais alors combinée avec un sens pratique des situations et une aptitude au maniement de la foule.

La mystique du chef "...manifeste chez celui qui l'incarne, comme chez les compagnons identifiés à ce chef, une régression au lien synchrétique des primitifs. Ce lien qui unit chacun au meneur, intensifie sa puissance et renforce la solidarité du groupe, mais aux dépens du, ou des groupes adverses. Si le chef échoue, alors se manifeste une rancune agressive et vengeresse".

" De nos jours, les groupements tendent à être menés par des courants sociaux qu'ils représentent. Le chef est celui qui adopte "le style de conduite" qui s'impose pour résoudre au mieux de ses ressources les problèmes posés par les circonstances dans lesquelles l'ont placé le hasard de sa naissance et les vicissitudes de la vie " (STROETZEL).

Quoique chargée d'affectivité, de chaleur affective, l'identification est primitivement ambivalente. En effet, si elle peut s'orienter vers la sympathie, l'amitié ou l'amour, inversement elle peut engendrer l'antipathie, la haine, la révolte, en un mot : l'agressivité. Quand une haine réactionnelle aboutit à l'agression, c'est-à-dire à la réalisation motrice, l'identification disparaît. L'opposition dialectique de l'identification à l'autre et de l'agression est une "ambivalence humaine fondamentale", elle est un ratage, un échec de l'identification.

L'agression, lorsqu'elle se déclenche, a comme but la destruction totale ou partielle, effective ou symbolique, d'un objet, d'un autre ou d'un groupe d'autres. Elle peut être une décharge massive et émotionnelle ou un acte ajusté visant parfois à un effet à retardement. Le domaine de l'agression dépasse la motricité et utilise la parole, la minique, le geste, tout autant que le silence et la passivité.

La limite d'une activité d'agression est le conflit qui est l'explication de l'être avec le monde qui l'entoure. Car l'agressivité est une certaine façon d'entrer en relation avec autrui.

Ainsi que l'a récemment fait LAGACHE, il n'est pas possible d'analyser l'agressivité en dehors du sadomasochisme, lui-même lié aux relations de domination-soumission. Le sadisme est manifestement inter-subjectif, car il ne se conçoit pas sans partenaire réel. Et ce partenaire idéal du sadique est le masochiste. Mais, il n'est pas d'action sadique qui ne mette le comparse, bon gré mal gré, en réalité ou en imagination, en situation masochique. Dans le masochisme moral, l'homme se met en situation sado-masochiste, jouant à la fois le rôle de victime et de bourreau. LAGACHE précise que le victimisme (état d'esprit consistant à se présenter comme un martyr, pour mieux dominer indirectement autrui), est un masochisme retourné sadiquement contre les autres...

DIALECTIQUE DU SADO-MASOCHISME

LAGACHE reconnaît trois positions dans l'évolution du sado-masochisme :

1°/ - Position narcissique-masochique

C'est une position de dépendance de l'enfant, objet des parents. Il est la "chose" de la mère, qui est essentiellement domi-

natrice. L'enfant est en dépendance sado-masochiste. La mère se sent victime si on lui enlève son enfant.

Le narcissisme est ici lié au sadomasochisme. Il est induit partiellement par les soins, l'amour, la protection, le culte de l'enfant par l'entourage. L'enfant ne peut se placer au point de vue d'autrui, est égocentrique, mais de plus, il est l'enfant-roi sacré par la famille.

2°/ -- Position narcissique-sadique

Vers l'âge de 2 ans, l'enfant contrarié dans sa demande devient agressif. La mère peut réagir de son côté agressivement, pour se faire obéir, ou y renoncer.

Si la mère refuse, il se produit chez l'enfant une identification à l'agresseur, ce qui retourne la relation : affirmation de soi et négation de l'autre.

Où l'enfant finit par céder, retournant à la position masochiste, mais éprouvant ou exprimant alors des mouvements de révolte, de ressentiment, voire de revendication; ou bien l'enfant persiste dans son refus et reste au stade narcissique sadique qu'il gardera comme trait de caractère ; ou bien cette attitude sera une transition normale vers une position d'indépendance.

Cette position comporte une prise de conscience du moi naissant. Il se produit une première différenciation de l'ego et de l'alter ego, à la faveur de l'identification à l'agresseur. Il s'agit d'une position devenue sadique, car la satisfaction de soi a pour pendant une négation de l'autre. Ce renforcement du sadisme étant une défense contre l'angoisse d'impuissance, de dépendance à l'égard de l'autre dans la position antérieure.

2°/ - Relation de sujet à sujet

L'inter-subjectivité s'affirme. Le narcissisme masochique était déjà une relation d'objet à sujet et le narcissisme sadique inversement, une relation de sujet à objet.

L'inter-subjectivité apparaît lorsque le sujet, tout en s'affirmant comme sujet, reconnaît l'autre aussi comme sujet. C'est le fondement des relations concrètes. Mais la dialectique de toute relation inter-subjective est entrecoupée de persistance, de resurgences et d'alternances sadomasochiques.

CONCEPTION PSYCHANALYTIQUE DE L'AGRESSIVITE

Selon la psychologie courante, l'agression serait une réponse à une frustration. Le frustré peut justifier ce qu'il ressent comme frustration par tout ce qui, à ses yeux, a menacé une certaine valeur personnelle. Il peut s'agir aussi bien de frustration collective dans un groupe ethnique social...

La psychanalyse révèle que cette frustration est beaucoup moins une privation objective qu'un phénomène subjectif. Beaucoup proclament leur frustration alors qu'ils n'ont pas été préparés par une formation normative à supporter les oppositions de l'entourage.

Chez l'enfant, l'agressivité est déclenchée par l'émergence interne du besoin, ressentie comme une menace à l'intérieur du corps. On pourrait parler d'agressivité primaire. L'agressivité secondaire serait l'agressivité avec laquelle le désir poursuit ses buts par l'intermédiaire de la demande. L'agressivité reste latente si la demande est satisfaite. En cas de refus, la demande se charge de violence. Elle introduit alors des relations de pouvoir (qui peut accorder ou refuser). Le couple domination-sou-

mission apparaît alors sous la forme du couple demandeur-demandé.

Par sa demande, le demandeur se donne un certain pouvoir sur le demandé, et il peut y avoir plaisir à accorder ou à refuser, on peut se sentir coupable de refuser ou d'accorder.

Inversement, le refus est vécu comme un échec qui est une humiliation, c'est-à-dire une blessure narcissique. Et les valeurs humaines personnelles, rendent compte de conflits réels provoqués à la dévalorisation que produit la blessure narcissique.

La position du demandeur est une position de persécution-persécuteur, la demande faisant apparaître les relations sadomasochistes de type domination-soumission. Le refus amène l'insistance de la demande. Il faut forcer le demandé. La tension première du désir à assouvir, s'aggrave de la tension propre à un autre désir, celui du triomphe. Ainsi le sadisme du demandeur s'aggrave. Alors augmente parallèlement la contre-offensive agressive. " La réalité à laquelle se heurte la pulsion n'est pas la réalité des choses matérielles, c'est la réalité interhumaine, l'inter-subjectivité du pouvoir " (LAGACHE).

Cette dialectique est l'éternelle répétition, chez l'adulte, de la dialectique de la relation Enfant-Parent.

SIGNIFICATION HUMAINE DE L'AGRESSIVITE

L'agressivité est donc une tendance très répandue qui apparaît à l'origine de toutes les relations interhumaines qui sont ambivalentes. Cette ambivalence tient au fait que ces relations sont de nature inter-psychologique.

Selon la psychanalyse, la conséquence inéluctable de cette ambivalence est la répartition sadomasochique des rôles. L'

l'agressivité humaine est sadomasochique parce qu'elle vise l'autre en tant qu'autre, dans ce qu'il a de plus important et de plus vulnérable à la fois, son narcissisme.

Chez l'homme, la transposition de l'agressivité en relations sociales est liée au fait que la condition humaine est une condition interhumaine. Il se développe dans toute société structurée, une institutionnalisation des relations domination-soumission, des relations de pouvoir, dont la qualité sadomasochiste se double d'une valeur humaine qui varie selon les cultures.

Nous nous sommes proposés d'étudier les relations interhumaines en service psychiatrique. Ceci sous-entend donc au préalable une analyse de ce service psychiatrique, une étude de sa structure interne, de ses connections avec l'hôpital psychiatrique en général et des relations de cet hôpital psychiatrique avec le monde extérieur.

Nous allons dans un premier temps voir quels sont les différents types de structure institutionnelle que l'on peut rencontrer, puis étudier l'hôpital psychiatrique en tant qu'organisation interne et dans ses relations avec l'extérieur. Enfin, nous essaierons de définir ce qu'on appelle actuellement milieu thérapeutique et les implications qui doivent en découler.

II ème PARTIE

--{--

L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE

SES STRUCTURES

LE MILIEU THERAPEUTIQUE

O O
O

CHAPITRE I

TYPES DE STRUCTURE INSTITUTIONNELLE

Dans notre culture toutes les organisations structurales en vue de l'accomplissement d'une tâche définie, peuvent se référer à quatre modèles différents. Ces structures peuvent aussi résulter de la combinaison de deux ou plusieurs de ces modèles.

Les problèmes importants des relations inter-personnelles et des inter-communications se développent en fonction de ces structures.

Nous pouvons décrire les modèles et les comparer dans leur relation avec les problèmes d'hôpitaux psychiatriques.

TYPE I - SUBORDINATION SIMPLE INDIFFERENCIÉE

Dans ce type d'organisation, il y a un chef qui est responsable et dirige le travail de ses subordonnés. Tous accomplissent la même tâche complexe. Ce type d'organisation est approximativement celui d'un petit magasin où tous les employés dépendent du propriétaire et où ils accomplissent tous le travail de routine du magasin : s'occuper des clients, rendre la monnaie, nettoyer, etc... Dans le cas de l'hôpital psychiatrique, la subordination indifférenciée simple est présente à l'intérieur d'un service où le médecin-chef dirige des infirmiers accomplissant tous le même travail, c'est à dire s'occupent chacun d'un groupe de malades et les suivant tout au long de la journée.

Les traits caractérisant ce type de structure sont les suivants :

- 1°/ - Une personne est responsable pour la direction immédiate des tâches,
- 2°/ - Quoique divisibles en parties qui pourraient être accomplies par des personnes différentes, la tâche, dans ce type de structure est considérée comme une et accomplie par une personne.

Ainsi, l'organisation est simple parce qu'une seule personne dirige, elle est indifférenciée parce que la tâche supportée par le per-

sonnel n'est pas divisée en parties, chacune assujettie à un contrôle séparé, mais est considérée comme un tout indifférencié.

TYPE II - SUBORDINATION SIMPLE DIFFERENCIEE

Dans ce type de structure, il y a un chef responsable pour tout le contrôle, mais la tâche est considérée en tant que parties séparées, chacune d'entre elles étant dans les mains d'une personne différente. Ce type d'organisation se rencontre dans les super-marchés, où les employés sont divisés en caissiers, bouchers, serveurs, manutentionnaires et supervisés par un simple gérant.

TYPE III - SUBORDINATION MULTIPLE INDIFFERENCIEE

La caractéristique essentielle des systèmes de subordination multiple est que le travailleur est assujetti à plusieurs supervisions. Dans les hôpitaux modernes, les systèmes de subordination multiple sont très en vigueur. Ainsi, les infirmiers dépendent du service infirmier, de l'administration, du service du personnel, des différents médecins du service qui donnent des ordres pour leurs malades.

Dans le système indifférencié, la tâche est un ensemble, mais les travailleurs ont plusieurs superviseurs, chacun donnant les directives nécessaires à l'accomplissement d'une partie de cette tâche dont il a le contrôle et la responsabilité.

TYPE IV - SUBORDINATION MULTIPLE DIFFERENCIEE

La tâche ici, est divisée en petites parties et chaque partie est faite par un groupe séparé de travailleurs. Chaque groupe a son propre superviseur.

Nous allons maintenant comparer dans un service psychiatrique, les deux systèmes de subordination suivants : subordination indifférenciée simple et subordination différenciée multiple et voir quelles sont les implications qui s'en dégagent. Cette comparaison portera sur les points suivants : service, tâche accomplie, personnalité de l'employé,

direction, malades.

Au point de vue service, dans le système simple indifférencié, il existe une unité certaine qui fait défaut dans l'autre système. En effet, le malade étant pris en charge par un personnel, non spécialisé dans sa tâche, ne sera pas envoyé d'un secteur à un autre. Il vit sa journée dans le service, n'en sort pas pour se mêler à d'autres activités extérieures. Il y a unité de lieu, il y a aussi unité d'action, de personne et de temps qui s'écoule plus continu, mais plus monotone aussi. Dans le système différencié multiple, le malade passe d'un secteur d'activité à un autre.

Au point de vue tâche, dans le premier système, il y a continuité d'action tout au long de la journée et cela ressemble au travail que l'écolier accomplit à l'école primaire, sous la direction d'un seul maître. Dans l'autre système, la tâche est séparée, semblable au travail de l'élève du secondaire qui change de matière en même temps que de professeur et de classe. Il en résulte une plus grande distance sociale entre le malade et le thérapeute et cela rend une coordination plus difficile. Ce système tend à créer un sentiment d'insécurité, d'irréalité. Ce sentiment peut s'aggraver du fait que plusieurs personnes s'occupent du malade au cours des diverses phases de sa maladie. Il en résulte aussi que le sujet a une moins grande autonomie dans l'exécution de son travail.

Le personnel dans le système indifférencié simple, est très proche du malade. En effet, l'infirmier qui reste en contact constant avec les mêmes malades les connaît très profondément ; le contact est plus étroit ; il tire une certaine satisfaction narcissique dans l'accomplissement du travail bien fait. Les liens affectifs qui se créent peuvent être générateurs d'énergie profitable au bien des deux.

Par contre, il peut devenir possessif, considérer le malade comme son enfant et tenter de le garder inconsciemment dans un état de dépendance. La possessivité est un obstacle au travail.

Dans le système différencié multiple, l'infirmier spécialisé garde un certain détachement vis-à-vis du malade et du travail accompli. Les conflits sont souvent masqués sous la routine et une compétence professionnelle figée.

Au point de vue direction, le chef d'un service dans le système simple indifférencié, se trouve placé dans une situation où les responsabilités sont plus grandes et plus lourdes. En effet, il a le contrôle de tout le travail à accomplir et il se trouve le seul responsable. Par contre les rapports sont nécessairement plus étroits avec le personnel car il est placé au centre de tous les problèmes qui se posent journellement et il doit les résoudre avec la collaboration de ce personnel. En fait, ils accomplissent tous la même tâche, affrontent ensemble les difficultés et le chef est plus un conseiller, qui connaît ses insuffisances, qu'un directeur qui donne des ordres stéréotypés. Le personnel par le fait de la complexité de la tâche à accomplir est aussi plus complet, plus difficile à former et par là même plus difficilement remplaçable, donc plus indépendant et plus libre dans ses initiatives.

Dans le système différencié multiple, la distance hiérarchique est plus grande ; les liens affectifs qui unissent le chef au personnel sont trop dispersés pour permettre des rapports étroits et une collaboration souple. Par là même, sa responsabilité se trouve moins engagée et moins lourde car il la délègue à des sous-chefs et n'a souvent de contact qu'avec ceux-ci. Le personnel se trouve spécialisé dans une tâche plus simple. Il est donc plus facilement et rapidement éduicable, donc remplaçable et par conséquent plus dépendant.

Quant au malade, il subit très profondément l'influence des structures sociales auxquelles il est soumis. Dans le système simple indifférencié, il se sent plus proche du personnel avec lequel il vit son hospitalisation. Il crée des contacts affectifs qui lui seront souvent bénéfiques.

fiques, parfois aussi il se met en état de dépendance et prolonge son hospitalisation. Les relations interhumaines sadomasochiques se font plus facilement jour et viennent alors compliquer la tâche du chef de service.

Dans le système différencié multiple, les contacts sont plus déshumanisés, mais aussi moins objet de conflit. Le malade s'attache moins et se détache donc, s'il le peut, plus facilement.

Après cette étude assez théorique des différents types de structure que l'on peut rencontrer en milieu psychiatrique hospitalier, nous allons essayer de voir l'hôpital psychiatrique en tant que type d'organisation avec ses problèmes internes et ses relations avec la communauté extérieure.

CHAPITRE II

L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE EN TANT QUE TYPE D'ORGANISATION

L'hôpital psychiatrique peut être considéré comme une organisation sociale ^{qui} bien qu'ayant certains points communs avec d'autres organisations humaines, s'en distingue par certaines caractéristiques propres à son système. Tout d'abord nous devons définir les buts de cette organisation.

Le but de l'hôpital est défini comme devant s'adapter aux conséquences de la maladie sans en exclure ce qui est usuellement appelé soins de garde. Soins de garde qui ne sont pas une fin en soi, mais un moyen pour parvenir à la guérison de cet état de maladie.

Dans le cas de la maladie mentale, le point de rupture est dans la relation entre la personnalité de l'individu et le système social ou les systèmes auxquels il participe. L'étiologie peut en être somatique, le problème reste le même, seuls les moyens thérapeutiques diffèrent.

Le but de l'hôpital psychiatrique peut se résumer en un complexe de responsabilités dérivant des problèmes posés par le comportement du malade mental. Ces responsabilités sont celles des soins, de la protection, de la socialisation et de la thérapie.

La responsabilité des soins consiste dans la satisfaction des besoins du malade mental au cours de son hospitalisation. L'hôpital n'est pas le seul à supporter le poids de cette responsabilité. Il est aidé en cela par la famille, la sécurité sociale ou autres aides sociales.

La protection du malade mental est assurée par la loi. C'est à la fois la protection contre lui-même et la protection des autres hospitalisés. Mais cette protection s'étend plus largement et englobe la protection de l'individu contre la société extérieure en assurant le maintien de ses biens et privilèges qu'il a acquis antérieurement.

La troisième fonction de l'hôpital psychiatrique est la sociali-

sation. Par là, il s'agit de faire du malade un membre à plein temps de l'organisation hospitalière. Il faut qu'il accepte l'idée de sa condition de malade mental et ceci est particulièrement important pour de nombreux psychotiques qui rejettent ce fait. Accepter l'hospitalisation c'est accepter de jouer le rôle de malade et souvent l'hôpital reste la prison où les malades sont condamnés à rester. Dans ces cas, la socialisation n'est pas accomplie.

La quatrième fonction est évidemment le rôle de thérapie. Par là, on entend toutes les techniques à visées thérapeutiques qui peuvent être mises en oeuvre pour guérir.

LES RAPPORTS DE L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE AVEC LA COMMUNAUTÉ INTERIEURE

En tant qu'organisation, le système de valeur de l'hôpital psychiatrique, comme celui d'autres organisations, se précise d'abord par la définition de ses buts et secondairement par la définition de ses normes à l'intérieur desquelles la poursuite du but s'effectue.

Tout d'abord une organisation telle que l'hôpital psychiatrique ne pourrait fonctionner si elle n'était pas légitimisée en termes de système de valeur de la société. Ceci engage la responsabilité de l'hôpital vis-à-vis des éléments de la communauté, responsabilité pour l'intégrité et la compétence technique de son administration, mais aussi pour le caractère de bonne foi des groupes médicaux et techniques engagés.

Le travail principal de l'équipe hospitalière est de sélectionner les malades à admettre et de décider de leur sortie. Le critère d'admission étant défini par le fait de la maladie mentale, le critère de la sortie par la cessation de celle-ci.

L'hôpital psychiatrique est engagé vis-à-vis de la société par un contrat qui l'oblige à garder dans ses murs les malades et à ne les rendre à cette société que lorsqu'ils seront à nouveau capables de s'y adapter

ou d'y être acceptés. Ce contrat est souvent légalisé par une admission d'office ou bien, la responsabilité ayant été déléguée à la famille, par un placement volontaire. Cette société ou la famille prend d'ailleurs souvent en charge le tout ou une partie de ce séjour hospitalier.

L'administration est chargée de remplir une partie du contrat signé entre elle et la société. Pour cela, elle doit tout mettre en oeuvre techniquement pour assurer la guérison du malade. Cette partie technique comprend l'installation, l'entretien, le fonctionnement de services adaptés. Elle assure la vie journalière du malade, se chargeant de sa nourriture, de son habillement, de ses distractions. Elle gère ses biens.

Mais aussi, elle est responsable du personnel qu'elle a choisi pour contribuer au but proposé. Le problème du recrutement, de l'éducation, de la promotion de ce personnel lui est propre. Et c'est au travers de ce personnel que l'on jugera le travail accompli et la valeur de l'organisme responsable.

La partie médicale du contrat est remplie par le médecin-chef et son équipe soignante. Là, la responsabilité engagée vis-à-vis de la société est très importante, car le médecin est celui qui reste le seul juge du maintien ou de la sortie du malade, donc de sa guérison. Il doit éviter deux écueils difficiles, celui de garder trop longtemps un malade qui apparemment est guéri et au contraire, celui de le faire sortir avant terme. Dans les deux cas, la société, souvent représentée par la famille, lui reproche de ne pas avoir rempli les termes du contrat. Et pourtant, quoi de plus difficile, de plus subjectif, que le terme de guérison en psychiatrie. Lorsque le malade sorti s'adaptera suffisamment à la société pour y vivre, il n'y aura pas de problème, mais si au bout d'un certain laps de temps il commet un acte anti-social, la dite société recherchera un coupable et le psychiatre est tout trouvé, car bien sûr lorsqu'on se permet de mettre en liberté un malade ayant présenté un délire de persécution, on prend toujours le risque d'une rechute et de la responsabilité des conséquences de cette rechute.

Le médecin se trouve également engagé vis-à-vis de la société au travers de ceux qui prolongent son action en accomplissant la tâche commune, c'est-à-dire le personnel soignant. C'est lui qui est responsable pour ce qui est accompli dans son service. L'infirmier se trouve bien sûr responsable pour ses propres actes, mais cette responsabilité ne dépasse pas le cadre du service ou de l'hôpital. Au-delà, c'est le médecin, c'est l'hôpital qui doivent assumer cette responsabilité vis-à-vis de la société.

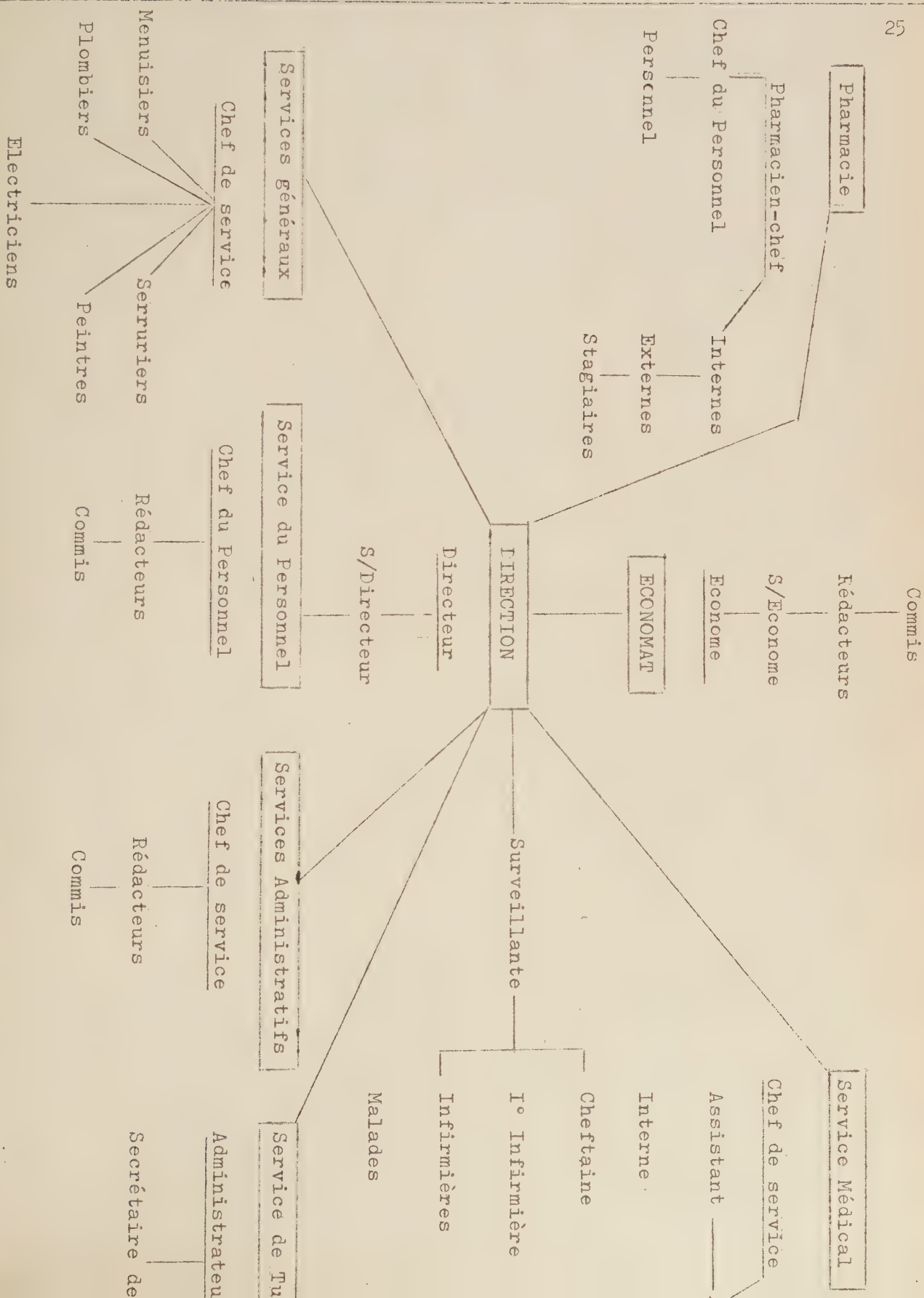
Il s'en suit que le médecin doit exercer une certaine autorité de contrôle, autorité qui d'ailleurs se répercute sur les malades par l'intermédiaire du personnel soignant. En effet, ce dernier applique les décisions prises, mais ces décisions peuvent aller à l'encontre de la liberté des malades et là encore le médecin et son équipe soignante se trouvent limités par un nouveau contrat qui le lie au malade, celui de traiter les malades en tant qu'humains. Et ceci nous amène à parler des problèmes de structure interne de l'hôpital psychiatrique.

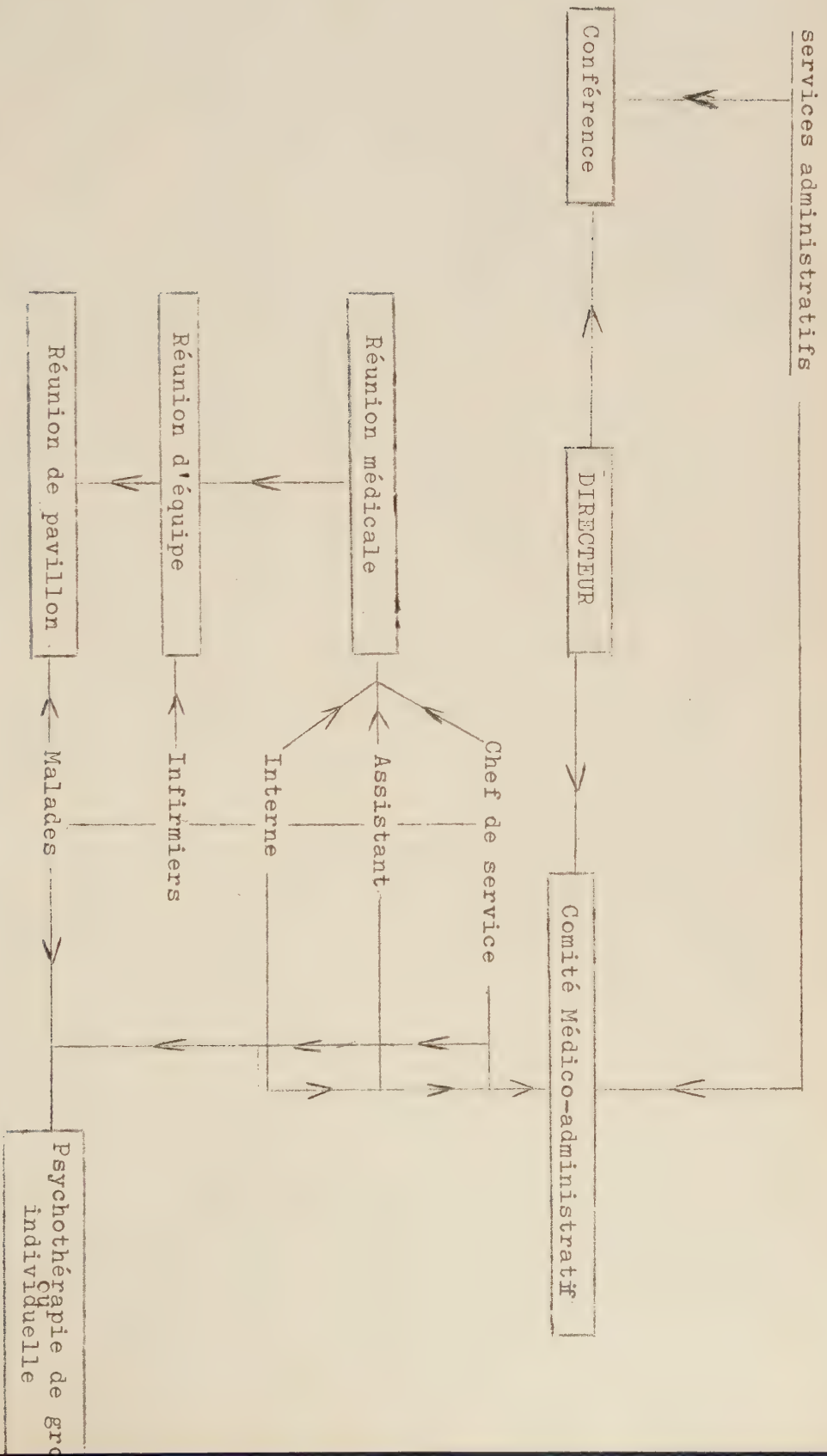
STRUCTURE INTERNE DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE

La structure interne générale d'un hôpital psychiatrique est sensiblement la même dans tous les hôpitaux. En effet ayant les mêmes buts, elle est sensiblement pourvue des mêmes organismes qui lui permettront de fonctionner.

Un hôpital psychiatrique comprend donc différents services réunis sous une direction commune. Au sommet de cette organisation se trouve le service de direction qui contrôle des services administratifs, un service d'économat, des services généraux, enfin des services médicaux et pharmaceutiques. Chaque service est lui-même hiérarchisé. Nous avons réuni sur le tableau I ces divers organismes et leur structure hiérarchique.

Actuellement tend à se substituer un autre mode de relation entre ces organismes qui tout en gardant le caractère hiérarchique interne, se démocratisent en adoptant un système de relation non hiérarchisé à l'





intérieur de comités réunissant diverses structures du système. Ainsi, au niveau médical voient jour des réunions médicales entre le chef de service, l'assistant et les internes, des réunions d'équipes médicales entre médecins et équipe soignante, des réunions de pavillon entre équipe médicale et malades.

De même, des comités médico-administratifs sont créés pour coordonner les décisions à prendre concernant l'hôpital dans son ensemble.

Egalement, se réunissent des commissions paritaires où le personnel est représenté par des membres élus.

Le tableau II schématise ce nouveau mode de relation.

Nous avons vu que la responsabilité de l'hôpital psychiatrique vis-à-vis de la société et du malade mental était supportée du point de vue technique par le système administratif et du point de vue médical par l'équipe médicale. Si du point de vue théorique les deux systèmes se complètent, dans la réalité il arrive parfois que se produisent certaines interférences et certains conflits. (Si bien que certains hôpitaux, comme aux U.S.A., réalisent une unité apparente en nommant un médecin directeur de l'hôpital).

Ces interférences vont se produire à propos de problèmes limites qui sont du ressort à la fois de la direction administrative et du médecin. Ainsi lorsqu'il s'agira d'établir des plans pour une transformation dans un service, le médecin-chef de ce service aura des exigences matérielles qu'il verra de son point de vue de médecin, alors que ces mêmes exigences, vues du côté administratif, paraîtront de moindre importance pour des raisons de crédit ou autres.

De même, il existera certaines interférences des deux systèmes du point de vue du personnel. Celui-ci en effet dépend hiérarchiquement du directeur, par l'intermédiaire d'un surveillant-chef, du service du personnel et aussi du médecin-chef qui le note.

Lorsque le directeur est un ancien médecin, comme cela se voit aux U.S.A., sa politique administrative variera du tout au tout s'il juge les problèmes d'un point de vue administratif ou d'un point de vue médical, et là où est le piège, c'est que s'il fait passer le point de vue administratif en primeur, il aura beau jeu, étant donné sa technicité médicale, d'opposer à ses anciens collègues des arguments d'ordre médical, parfois irréfutables.

Pour éviter ou limiter ces conflits possibles, il existe donc un organisme de jonction appelé comité médico-administratif où sont débattus périodiquement tous problèmes intéressant l'hôpital dans son ensemble tant dans ses rapports internes que dans ses relations extérieures.

A l'intérieur d'un service existent des structures hiérarchisées qui cependant n'éliminent pas également certaines interférences.

Le rôle du médecin-chef de service est en fait ambigu. En effet, le médecin-chef de service est semblable au dieu janus à deux faces : il est à la fois le chef de service et le médecin. Et ces deux rôles ne sont pas toujours compatibles en psychiatrie.

Chef de service, cela sous-entend qu'il est chargé d'une direction à la fois administrative et médicale. Côté administratif, il prolonge en fait le travail de la direction de l'hôpital dans la surveillance au travers de son personnel de la bonne application du contrat passé par l'hôpital avec la société. Côté médical, il prend en charge, avec ce même personnel, les malades dont il doit assurer la guérison.

Mais là aussi les deux tâches peuvent interférer car il n'est pas toujours aisé de faire une distinction nette entre ce qui est administratif et médical.

En effet, diriger un service, c'est aussi y faire régner un certain ordre, sans lequel toute action médicale serait impossible. Cela conduit à établir certaines règles qui ne doivent être transgressées. Si un malade enfreint une de ces règles, le chef de service doit réagir, souvent poussé par l'équipe médicale, qui réclame une sanction, tandis que le médecin

jugeant son malade en tant que malade, donc en dehors de toute règle morale ou autres, sera enclin à adopter une attitude de bienveillance, nuisible à l'ordre de son service. Le médecin-chef de service est en perpétuelle contradiction avec lui-même de par la nature de son double rôle.

Le personnel soignant se trouve lui aussi placé devant ce même dualisme de son rôle. D'une part, le chef de service lui demande de contribuer à assumer sa tâche de directeur administratif en appliquant les règles qui codifient cette société interne, d'autre-part, le médecin attend de lui un travail purement médical. Tant que ce travail reste très technique, comme il l'est dans les hôpitaux généraux, il n'y a pas de contradiction interne, mais lorsqu'il touche au domaine de la psychologie, même dans son sens le plus large, les deux rôles à jouer peuvent s'opposer très fortement et se nuire réciproquement.

Un autre écueil rencontré par le personnel soignant réside dans la liberté assez large dont il bénéficie dans l'application des consignes médicales. Rien n'est codifié par des règles très strictes. Mais au contraire, il est laissé beaucoup à l'appréciation individuelle dans une situation donnée. En fait, chacun réagit à un problème posé, par une réaction personnelle qui devrait être codifiée par une attitude directrice de toute une équipe. Mais la psychiatrie n'est pas une science exacte et tout comportement a sa justification. Il en résulte donc un désaccord dans la ligne de conduite à tenir vis-à-vis d'un problème. Désaccord qui n'est bien souvent que le reflet d'une rivalité entre le médecin et ses adjoints, rivalité basée apparemment sur des différences de théorie, mais qui n'est en fait qu'une façon d'exprimer une agressivité vis-à-vis d'une situation sentie oppressive.

Quelle est la position du malade dans cette structure hospitalière ? Elle est très variable, très changeante. Par définition même, le ser

vice hospitalier, l'équipe médicale, n'existent que pour lui permettre de passer de son rôle de malade à celui d'individu à part entière de la société extérieure. Malheureusement le patient n'accepte pas toujours de jouer ce rôle de malade et même s'il feint de le jouer, c'est pour mieux l'éviter. Toute sa conduite sera alors ou de se faire oublier et de recréer une petite société à son niveau, ou de mettre à jour et de profiter des contradictions internes de l'équipe médicale, ce qui sera une manière de libérer son agressivité à son égard et par là même à l'égard de la société, dont elle est le substitut. Il se crée donc des conflits internes qui vont à l'encontre du but proposé. Ceci est le problème de la socialisation du malade mental dans un service psychiatrique hospitalier. C'est le problème du milieu thérapeutique.

CHAPITRE III

LE MILIEU THERAPEUTIQUE

Le mot milieu thérapeutique a fait son apparition depuis quelques années sur le marché psychiatrique. Il semble voué à un bel avenir, si l'on en croit les diverses publications qui s'y rapportent. Malheureusement, comme beaucoup d'autres termes, il est souvent employé comme paravent qui fait croire à un progrès alors que dans la réalité des faits, rien n'est changé.

Nous allons essayer avec M. MORIS S. SCHWARTZ d'en définir le sens et les buts.

Dans l'idée de milieu thérapeutique en communauté psychiatrique sont impliquées au moins trois orientations qui s'interfèrent. La première conception se réfère à la structure sociale de l'institution en tant qu'un tout, c'est-à-dire système d'organisation et de relation. La structure sociale apporte un contexte et une atmosphère à l'intérieur desquels et avec lesquels les malades et l'équipe médicale interagissent. Une structure sociale thérapeutique doit être démocratique (et non autoritaire), à orientation thérapeutique (et non custodiale), humanitaire (au lieu d'oppressive), souple (au lieu de rigide).

La seconde orientation se réfère aux inter-actions ou relations inter-personnelles qui s'y engagent. Par exemple, certains considèrent un milieu thérapeutique lorsque le personnel essaie de comprendre les malades, réagit envers eux selon une manière propre non stéréotypée, lorsqu'il est sympathique, amical, libéral vis-à-vis des malades, quand l'équipe médicale est intéressée dans les besoins des malades et essaie de les satisfaire.

La troisième orientation se réfère aux effets recherchés par l'équipe médicale. Ainsi certains pensent qu'un milieu est thérapeutique lorsqu'il rend capable le malade d'accepter sa maladie, quand il l'aide à comprendre les motivations de cette maladie, quand il l'aide à redresser

les distorsions provoquées par cette maladie et quand il lui permet d'améliorer ses relations interhumaines.

Ces trois orientations sont nécessaires et doivent être combinées pour caractériser un milieu thérapeutique. Un tel milieu facilite la compréhension du malade par l'équipe médicale. Il offre l'opportunité d'apprendre à connaître le malade en tant que personne et il aide l'équipe médicale à comprendre les relations qui existent entre elle et les malades, et entre les malades eux-mêmes.

Pour mieux étudier ce milieu, il convient d'aborder ses composantes diverses, à savoir : l'organisation, les aspects informels, les activités thérapeutiques spécifiques, les relations avec les malades, le service et les rapports avec le monde non hospitalier.

1°/ - Le système d'organisation détermine en partie le degré effectif de fonctionnement de l'hôpital psychiatrique comme un tout, les résultats qui émergent et leur degré thérapeutique. Ces différents aspects d'organisation comprennent la division du travail, les décisions à prendre, le problème des communications, les questions de police et procédure, enfin la coordination.

Ces aspects d'organisation mobilisent et établissent certaines attitudes, certains sentiments et réactions de la part des participants et par là même auront des conséquences thérapeutiques.

La division du travail, c'est-à-dire la spécification des devoirs et fonctions, joue un rôle important dans l'activité thérapeutique. La manière dont ces rôles sont définis, spécialement ceux du médecin, de l'infirmier, du malade et les inter-relations des rôles divers, détermine en partie le fonctionnement de l'institution et les sentiments et attitudes des participants. Pour savoir comment préciser le rôle de l'infirmier afin qu'il devienne effectivement un agent thérapeutique, ce rôle doit être vu en fonction des autres rôles, spécialement celui du médecin. Les

arrangements hiérarchiques conventionnels paraissent en maintes circonstances contribuer à créer le ressentiment et à augmenter les distances entre le personnel et les médecins. De tels sentiments peuvent être transférés sur le malade. De même les satisfactions que le personnel retire de son travail pourront être proportionnelles aux satisfactions qu'il pourra accorder aux malades. S'il est indifférent vis-à-vis de son travail ou si on lui fait sentir qu'il est peu important, il pourra être indifférent vis-à-vis du malade et ne contribuera pas à sa valorisation. Il en est de même pour le médecin dont le rôle doit être celui d'un agent thérapeutique et non une figure autoritaire ou d'un bureaucrate.

Quant au malade, s'il est considéré comme sans espoir, si l'équipe médicale n'a que des relations distantes avec lui, il semble qu'il faille découvrir certains moyens de réduire ces distances entre le rôle de patient et celui d'infirmier. Des définitions conventionnelles de ces rôles semblent préserver ces difficultés de communication et de compréhension et empêchent une relation étroite entre les protagonistes. Une confusion à propos des rôles parmi les membres de l'équipe médicale conduit à la confusion pour le malade.

La manière de prendre les décisions et d'exercer son autorité ont des répercussions sur la structure sociale d'un service. Ces processus peuvent être analysés selon leur efficacité, leur contenu, leur orientation et la forme qu'ils prennent. Pour que la structure sociale fonctionne avec efficacité, les principes d'autorité et la délégation des responsabilités doivent être clairs. Ils doivent aussi être compris et acceptés; s'ils ne le sont pas, ou s'il existe des contradictions non résolues, des ambiguïtés, les subordonnés peuvent devenir confus, anxieux et il peut, en retour, être difficile d'éviter l'anxiété et la confusion chez les malades.

Le personnel doit également contribuer à l'élaboration des déci-

sions, surtout dans les échelons inférieurs, car s'il est exclus ou si ses idées ne sont pas prises en considération, il peut s'opposer, consciemment ou non, par divers moyens, à la réalisation de ces décisions, pour démontrer qu'elles n'étaient pas valables et justifiées. Mais une participation démocratique n'est pas forcément suffisante. Cela ne peut donner l'assurance que la décision prise sera juste. D'autre-part, cela peut conduire à l'indécision, à une décision confuse ou irréalisable dans la pratique. Il faut donc la participation d'experts. Mais le médecin n'est pas le seul expert valable. En effet, si son bagage médical lui permet de poser un diagnostic, d'instituer un traitement, lorsqu'il s'agit d'une conduite à tenir, un infirmier peut apporter le bagage de son expérience, de sa connaissance plus intime du malade, le psychologue peut donner des indications techniques utiles. L'autre problème important est celui du leadership. Le rôle de chef d'équipe peut être restreint, évité, abdiqué. La façon dont sera tenu ce rôle influencera beaucoup le style des relations inter-personnelles. Si les personnes chargées d'autorité sont distantes de leur personnel, si elles ont peu de respect pour leurs idées et sentiments, ces gens pourront adopter la même attitude vis-à-vis du malade. Les leaders peuvent contribuer à l'enthousiasme de leurs subordonnés comme à leur indifférence, ils peuvent encourager leurs initiatives ou leur dépendance. Ils peuvent les pousser à se retirer ou faciliter leur participation aux activités du service.

Les modes et formes de communication jouent une part importante dans l'efficacité et le fonctionnement de l'hôpital psychiatrique. Les problèmes de communication s'élevont entre différents échelons et entre des personnes de statut différent. Ils s'élevont aussi à l'intérieur d'un petit sous-système social ou de l'institution tout entière. De manière à faciliter la communication et par là même le processus thérapeutique, il convient que cette communication soit claire et libre. Les blocages temporaires doivent être mis à jour et corrigés. Les messages doivent être

transmis en temps approprié et d'une manière appropriée. Les distorsions doivent être découvertes, les contradictions et incompréhensions doivent être reconnues et redressées. Le danger à éviter est de passer trop de temps en conférences et discussions de groupe parce qu'en fait aucune décision ne veut être prise pour ne pas engager de responsabilité. Dans ces circonstances, le problème de communication tend à devenir une fin en lui-même plutôt qu'un processus de facilitation des procédés thérapeutiques.

La façon dont l'information est transmise aux échelons inférieurs peut contribuer à rendre le personnel écouté et important ou ignoré et insignifiant. Ces sentiments, en retour, ont des conséquences pour leur attitude et actes à l'égard des malades. Si une infirmière reçoit une information inadéquate, si elle a des ordres confus et contradictoires à propos du même incident, si elle ne comprend pas ce qui a été dit, elle peut contribuer plus facilement à la frustration du malade, à sa confusion, à son ressentiment, et à sa détresse.

Toute institution requiert quelque standardisation, quelques cadres de référence stables pour guider les actions du personnel et définir clairement ce qui est interdit, permis et estimé valable. Ces demandes se reflètent dans la police, les procédés et les règles, qui deviennent une partie intrinsèque de la direction de l'institution. Il faut cependant se demander si ces règles existent pour leur propre valeur ou " parce qu'il en a toujours été ainsi ". Est-ce qu'elles agissent principalement dans l'intérêt du personnel ou pour le bénéfice du malade. A nouveau, il est important de déterminer un juste équilibre entre les nécessités de l'institution et du personnel et les besoins du malade. Enfin, le dernier problème est celui de la coordination qui doit éviter la désorganisation d'un service. Une organisation cohérente et bien intégrée est de grande valeur pour des malades qui sont eux-mêmes confus et désorganisés. Cela peut apporter quelque stabilité et réassurance.

Le problème final est d'équilibrer les besoins du malade et ceux du personnel, individuellement et collectivement. Cela veut dire, équilibrer les besoins du malade en tant qu'individu et du groupe des malades, les demandes du système social en tant que système social et du personnel en tant que personnes et groupe.

2°/ - Les aspects informels.

Les aspects informels de la vie institutionnelle concernent les sentiments, attitudes, croyances et systèmes de valeur des membres de l'équipe et les actions qui en découlent. Ces aspects informels entrent dans les relations inter-personnelles de l'équipe et des malades dans différentes voies et les influencent. En fait, il s'agit d'étudier les sentiments et ressentiments de chacun. Par exemple, de savoir comment le personnel ressent les malades et les approche, de connaître les différents efforts de l'équipe mis en jeu pour un malade, en vue de sa guérison éventuelle. L'institution, en tant que tout, vue selon ses aspects informels apporte un contexte complexe de sentiment, attitudes et croyances. Cela inclut également les processus informels à interaction de personnes prises dans un même système social.

L'inter-relation des aspects affectifs et des processus informels d'inter-action constitue la structure sociale informelle. Cette structure comprend et utilise les besoins, buts et motivations conscients et inconscients de ses participants. Si l'institution doit être thérapeutique, la structure informelle doit contribuer à cette fin.

Le personnel a de nombreuses croyances, attitudes et divers systèmes de valeur vis-à-vis du malade et des possibilités d'amélioration et à l'égard du rôle qu'il peut jouer en aidant le malade. Le personnel a aussi de nombreuses expectations et compréhensions vis-à-vis de ses rapports avec le malade.

Tous ces aspects sont plus ou moins systématisés, codifiés et explicités, et pourtant ils peuvent avoir une influence déterminante pour le malade. Ainsi, si le personnel croit que les patients sont mauvais plutôt que malades, il peut avoir tendance à moraliser ou à punir pour changer leur

comportement ; une telle attitude peut renforcer les besoins du patient de rester malade.

Il paraît exister une corrélation significative entre le moral du personnel et son efficacité thérapeutique. Si l'équipe soignante tire des bénéfices secondaires narcissiques de son travail, elle participera plus activement à la tâche commune et le malade en retour en profitera, car il ne se sentira plus abandonné, sans espoir de guérison, rejeté par le milieu médical. Son anxiété diminuera ainsi que son agitation. Le personnel contribue à améliorer un malade par une ligne de conduite appropriée, mais le malade en retour, peut offrir sa guérison comme gratification qui encourage à poursuivre plus en avant la tâche commencée.

39/ - La participation du malade à l'organisation du service et sa répartition dans ce service

Le malade contribue à rendre le milieu social tel qu'il est. Il y contribue en étant ce qu'il est, c'est-à-dire un individu atteint d'une maladie mentale qui se manifeste d'une certaine manière et en même temps, une personne dont la santé mentale est présente à la fois en potentialité et en actualité. Se basant sur ces caractéristiques et ses modes de relation avec lui-même et autrui, il est placé dans un secteur particulier de l'hôpital.

Puisque les malades s'affectent les uns les autres, il est important de considérer les critères utilisés pour les répartir dans les différents services. Une telle affectation les oblige à vivre avec d'autres étrangers supposés être leurs semblables. Certains de ces critères utilisés sont le sexe (les hommes et les femmes sont logés séparément), l'âge (les jeunes sont séparés des vieux) la durée de leur hospitalisation (les aigus sont séparés des chroniques), le comportement (les malades considérés comme "dangereux" ou "difficiles" sont mis en service fermés) le diagnostic parfois (groupement des malades déprimés afin d'en faciliter la surveillance). Ce problème de différenciation des malades en catégories est difficile à résoudre, car on manque de critères pour définir quelle sorte de malade doivent être groupés et comment diriger cette action vers une fin thérapeutique.

Un autre problème important est celui de la participation des malades aux décisions concernant leur vie à l'hôpital. C'est celui de savoir

quelle part de responsabilité peut être accordée à un malade mental à l'intérieur d'un service, si cette responsabilité peut être bénéfique sans être un fardeau trop lourd à porter.

4°/ - Activités thérapeutiques spécifiques

Une grande variété d'activités sont conventionnellement désignées comme traitement spécifique, par exemple : psychothérapie individuelle et de groupe, électro-choc, psychodrame, thérapeutique occupationnelle. Ces thérapeutiques dirigées prennent place à des moments spécifiques et tendent à être considérées comme ayant des effets thérapeutiques par la simple vertu de leur propre opération, sans égard pour les autres activités. Les effets de ces traitements spécifiques peuvent être en contradiction avec ceux de la thérapeutique générale du service. De manière à évaluer la contribution thérapeutique de ces traitements spécifiques, il convient de les évaluer selon 3 aspects particuliers

- a) - La valeur intrinsèque de chacun apportée en contribution au changement de l'état du malade,
- b) - l'inter-relation et intégration de ces effets et leur rapport avec le service en tant qu'unité,
- c) - l'effet en tant que reflet des attitudes du service envers le malade et de la volonté de l'équipe médicale pour resocialiser.

5°/ - L'environnement physique

Il est évident que la structure physique de l'hôpital aura des influences directes et indirectes sur les malades. Elle sera le reflet de l'attitude du service envers le malade et rendra possible certaines attitudes et approches. Dans nos grandes institutions actuelles, il est presque inévitable de considérer le malade autrement que membre d'une masse. Il est difficile de prendre en considération ses besoins individuels et d'avoir des rapports avec lui sur la base d'une attention personnelle individualisée.

L'utilisation du service en tant qu'institution thérapeutique et non de prison pose de nombreux problèmes de sécurité. Décider de rendre un service ouvert, c'est mettre en balance les risques de suicide, de fugues et d'agression avec le respect pour le malade, la confiance que l'on place en lui et l'opportunité pour lui de prendre en charge certaines responsabilités.

D'un côté, certains malades peuvent avoir le sentiment d'être traités comme des prisonniers, de l'autre, certains peuvent désirer la sécurité fournie par le service fermé qui les protège des dangers invisibles de l'extérieur. Bien qu'une porte ouverte puisse indiquer la confiance et le respect pour le malade, cela peut aussi le placer devant une responsabilité qu'il ne peut assumer.

6°/ - Les rapports avec le monde non hospitalier

Une des fonctions d'un milieu thérapeutique est d'utiliser les ressources du monde non hospitalier pour la réhabilitation du malade. Par exemple, la famille et la communauté peuvent jouer un rôle important dans l'amélioration du patient. Les membres de la famille et le cadre de référence de sa vie à l'extérieur peuvent influencer de manières significatives les sentiments du malade à l'égard de sa famille, c'est-à-dire si cela vaut la peine d'aller mieux et pour quelles raisons et pour qui il guérit.

Dans le cours de l'hospitalisation, cela fait une grande différence pour un malade s'il a ou non des contacts avec sa famille et quelles sortes de relation il établit. Si la famille continue les mêmes formes relationnelles établies auparavant, celles qui ont contribué à la chute du malade, elle ne fait que le maintenir dans sa maladie. Si, d'un autre côté, elle peut arriver à accepter et à comprendre le malade, elle peut l'aider à mobiliser ses inclinaisons pour la guérison et faciliter ses motivations pour aller mieux.

L'hôpital peut aider le malade en aidant la famille à développer des attitudes et approches appropriées dans ses rapports avec le patient.

La communauté joue aussi une part importante en rendant le malade capable de prévoir une place pour lui à l'extérieur. Si elle continue à le stigmatiser, à le rejeter et ne lui permet pas de trouver une place, il n'aura aucune tendance à vouloir quitter son nouveau milieu de vie sécurisante.

Ainsi l'hôpital est confronté avec un problème à double aspect. D'abord, il doit accorder la sécurité qui permettra au malade de s'améliorer, mais en même temps il ne doit pas encourager sa résistance à quitter l'hôpital en accordant plus de gratification qu'il doit s'attendre à recevoir à l'

extérieur.

Ensuite, l'hôpital doit aider la communauté à développer attitudes et actions thérapeutiques avec les malades. L'hôpital psychiatrique peut contribuer à la solution de ces problèmes en développant le travail et autres activités qui leur permettront d'acquérir une habilité à certaines tâches recherchées par la communauté.

L'hôpital psychiatrique peut alors l'aider à trouver une place utile dans la communauté : en rendant le malade plus acceptable à cette communauté, on rendra la communauté plus acceptable au malade.

Après avoir étudié l'hôpital psychiatrique en tant qu'organisation sociale et essayé de définir ce que doit être un milieu thérapeutique, nous allons dans une partie clinique, essayer d'analyser des inter-relations humaines qui s'y créent.

Nous verrons que les situations de dépendance non acceptées psychologiquement sont génératrices de conflits effectifs. Il en résulte une agression réciproque qui est la forme essentielle de l'échec de la relation inter-humaine.

Le malade mental étant le centre du conflit, nous commencerons donc par étudier son comportement dans la micro-société qu'il constitue à l'intérieur d'un service psychiatrique, puis nous analyserons les relations humaines qui se nouent entre lui et l'équipe soignante, entre lui et ses médecins.

Nous verrons que ces inter-relations deviennent plus complexes bien que restant de même nature, lorsque les parties en présence se multiplient. Ainsi en est-il dans la rencontre du malade et de l'équipe médicale, lorsqu'ils interfèrent psychologiquement avec la famille ou l'administration de l'hôpital.

III ème PARTIE

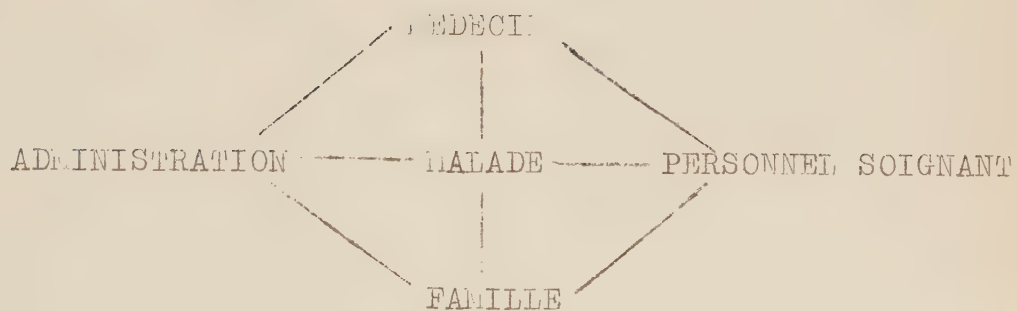
--- 5 ---

LES INTER-RELATIONS HUMAINES EN MILIEU PSYCHIATRIQUE HOSPITALIER

- ETUDE CLINIQUE -

O O

O



CHAPITRE I

LE MALADE PARMI LES MALADES

Qu'est-ce qu'un malade mental ? Comment devient-on socialement malade mental ?

Pour le médecin, le malade mental est celui ou celle qui lui est envoyé parce que la société ne l'acceptait plus comme un de ses membres en raison de son comportement en marge de la normalité. On lui demande d'en refaire un être pleinement sociable. Pour cela, il doit l'évaluer en degré de régression psychotique, d'arriération affective ou intellectuelle. Dès l'entrée, se pose le problème de la guérison et de la réadaptation possible.

Le personnel infirmier est moins impliqué dans la responsabilité de cette guérison. Bien sûr, la sortie du malade est toujours pour lui une gratification, mais il est moins impliqué directement. Étant en contact constant avec les malades, il pense tout d'abord à établir l'équilibre émotionnel du service. Guérir, d'accord, mais d'abord éviter les conflits. L'entrant est tout de suite jaugé sur ses possibilités d'abréaction. Le personnel a un souci plus immédiat et plus prosaïque : il faut d'abord adapter le malade au service à moindre frais. Celui-ci représente donc toujours une menace pour la tranquillité de la petite société pavillonnaire. Il est aussi un facteur de culpabilité en puissance vis-à-vis à la fois du médecin et des autres malades.

Quant au patient lui-même, il devient socialement malade mental dès qu'il a franchi les portes du pavillon. Cela ne veut cependant pas dire qu'il reconnaît ou accepte sa situation de malade. Bien au contraire. Très rares sont ceux qui se soumettent et acceptent cette domination médicale. À part les mélancoliques, qui se déprécient si facilement, tout malade érige d'énormes défenses pour éviter son statut de malade.

En effet, être malade signifie être faible, être dominé par d'autres. Au facteur déjà dépréciatif de malade s'ajoutent les préjugés à l'égard de tout ce qui est déséquilibre mental. Le patient lutte pour sauver sa dignité d'être humain. Il se débat pour éviter le sceau de l'infâmie. Il accuse l'entourage, la société, les médecins. Il apporte toutes les preuves de son bon

équilibre. Hélas, il ne parle pas le même langage. Son monde n'est plus le nôtre. Ses preuves se retournent contre lui et sont comme autant d'accusations.

Les personnalités les plus rigides sont celles qui luttent avec le plus d'acharnement. Et c'est alors qu'il est difficile d'apprécier un des critères de guérison : la critique du délire. Car, critiquer son délire, c'est faire son auto-critique, c'est avouer à la face du monde que l'on était fou. Pour une personnalité paranoïaque, cela représente un abaissement de sa personne qu'il lui est difficile d'accepter. Lui qui s'est toujours estimé au-dessus des autres, ne voilà-t-il pas qu'on lui demande de reconnaître qu'il a été jusqu'à perdre la raison. C'est alors que commence un long combat entre lui et le médecin. Combat qu'il entrevoit comme une sorte de chantage : les aveux complets contre sa liberté. Jusqu'où devra-t-il aller pour obtenir celle-ci ! Il mène à la fois une bataille contre le médecin et contre lui-même. A ce jeu, il est fatalement perdant. Ou bien il admet sa maladie et perd sa dignité, ou bien il résiste et perd sa liberté. C'est pourquoi les aveux arrachés par obstination n'ont que peu de valeur, car dans son fond intérieur, le malade n'admet rien et sitôt sorti reprend vite sa rigidité, coupe tous les ponts avec l'hôpital et tout ce qui s'y rattache, ne vient pas aux rendez-vous du médecin et cesse toute prise de médicaments. Il est guéri et oublie tout.

L'entrée dans le service psychiatrique signifie donc sa perte de qualité d'individu ayant des droits d'égalité avec ses semblables. Il fait dès lors partie de la classe des malades et doit se soumettre à d'autres castes supérieures qui ont des droits sur lui. Son sort n'est plus entre ses mains. Il est aliéné. Il va bien essayer de se rebeller contre cet état de dépendance, mais il n'est pas le plus fort. L'adversaire possède trop d'atouts. Bon gré, mal gré, il lui faut reconnaître sa déchéance et vivre avec les déchus. Ceux-ci forment un groupement qui, avec ses règles et coutumes, recrée une micro-société pavillonnaire. Cette société est identique à tout autre groupement humain. Elle est formée de clans, de sous-groupes, de couples. Elle vit les mêmes conflits de rivalités, de jalousies. En plus des inter-relations des malades, viennent se surajouter les inter-relations malades-personnel soignant, malades-médecins et personnel soignant-médecins. Le malade essaiera d'ailleurs

de profiter de ces dernières pour regagner un peu de liberté perdue. Il tentera de régner en divisant.

Pénétrer cette société est difficile pour qui n'est pas malade, car trop d'inter-réactions échappent à un observateur extérieur. Cependant les différents types de relations qui s'extériorisent permettent de retrouver surtout deux types de malades : ceux à personnalité dominatrice et ceux qui s'enferment dans la passivité. Puis, à part, existent quelques individualités très régressées qui ne s'incorporent à aucun groupe.

" Malade à personnalité dominatrice, Mme T., en est un exemple. Admise comme simple travailleuse à l'ergothérapie, elle a su petit à petit s'imposer vis-à-vis de ses compagnes jusqu'à entrer en conflit de rivalité avec l'infirmière. C'est elle qui contrôle le travail fini, c'est elle qui impose un rendement. Ancienne contremaîtresse d'usine, elle a repris cet emploi ici même. Elle est crainte et respectée. Elle traite même directement avec le fournisseur qui apporte le travail de l'extérieur. Elle prend des commandes spéciales, fait et fait faire du travail supplémentaire. En bref, elle est le chef de l'atelier.

" Melle G., elle aussi, a su s'imposer dans le service. Elle a commencé par accepter les tâches les plus rebutantes, celles dont les autres malades et le personnel infirmier ne veulent pas. Puis, forte de son sacrifice, elle montre qu'elle est indispensable et impose ses vues par un chantage : si vous n'acceptez pas mon autorité, faites vous-même le travail. "

C'est justement la force de ces malades que de se rendre très utiles en prenant les tâches les plus dures. Elles ont alors de bons arguments à faire valoir lorsqu'on se met à contester leur pouvoir sur les autres.

D'autres malades ne dominent pas par la peur qu'elles inspirent, mais par le fait que leur personne est auréolée d'un certain prestige qui attire des compagnes qui s'identifient à elles.

" Ainsi, Melle B. est une jeune délinquante qui pense et agit comme quelqu'un qui n'a plus rien à apprendre de la vie, qui se crée un prestige auprès des autres jeunes malades en contant ses exploits anti-sociaux. Elle se crée ainsi une cour d'admiratrices qui lui obéissent avec passion "

A l'encontre de ces malades qui aiment dominer, d'autres se font remarquer par leur passivité. Il est une passivité vraie qui est celle de ces malades qui s'identifient à un chef ou qui par peur de l'agressivité des autres marchent sans discuter. Mais il est une fausse passivité qui n'est qu'une

agressivité rentrée. Certains malades acceptent leur hospitalisation comme le fait d'un statu-quo, d'un compromis tacite entre eux et le médecin. Ils savent que leur seul lieu de refuge est l'hôpital psychiatrique. Ils sont trop âgés pour réintégrer la société extérieure. Ils n'ont pas de logement, pas de famille sur qui compter. Ils ne trouveraient pas de travail. Alors, ils se sont résignés à rester. Ils essaient de se faire oublier du médecin qui peut toujours, à tout moment, remettre en question leur tranquillité. Ainsi : Mme V dont il est noté :

" Mme V. passe vraiment inaperçue dans le pavillon : elle est gracieuse, a un mot gentil pour chacun ; elle ne demande que la paix ".

Mais, par le fait même de leur situation imposée par les circonstances et en raison de leur état de dépendance vis-à-vis du médecin, ils gardent à son encontre une agressivité rentrée qui peut exploser au grand jour à la moindre occasion.

Les malades constituent dans un service, différentes classes sociales. Elles se groupent par affinité. Cela peut être une culture commune, une question de race, une question d'âge. Dans le service américain où j'étais, il était très évident que les questions de races jouaient un grand rôle. Nous avions d'un côté les malades blanches, de l'autre les noires. Mais, il y avait aussi les malades porto-ricaines, qui se divisaient en blanches, noires et métisses. Elles avaient en commun la langue espagnole et marquaient d'ailleurs leur hostilité à l'hospitalisation en usant uniquement de ce langage et en ignorant ceux qui parlaient anglais.

Il va d'ailleurs sans dire qu'il y avait d'autres inter-relations entre blanches, noires et porto-ricaines, mais selon d'autres critères, par exemple le niveau culturel ou l'âge. Une jeune noire était facilement l'amie d'une blanche du même âge, ~~du même~~ ^{d'une même} culture.

Il en est de même dans tous les hôpitaux. On l'a bien vu avec les nord-africains arabes. On le voit maintenant avec les algériens rapatriés qui aiment se grouper dans un même pavillon.

Les intellectuels dans un service sont en général assez mal supportés

par les malades et également par le personnel. En effet, ils bénéficient d'un intérêt beaucoup plus grand de la part des médecins : ceux-ci retrouvent un peu des gens de leur espère avec qui ils peuvent se laisser aller à des joutes oratoires agréables. Ce sont encore eux que l'on propose en psychothérapie ; ils répugnent aux travaux ménagers ; ils restent l'élite d'un service, ce qui complexifie parfois beaucoup le personnel soignant qui se sent inférieur au point de vue intellectuel.

Mais il est d'autres castes dominantes à l'hôpital psychiatrique. La puissance d'argent y a aussi sa place influente. Car l'égalité financière n'existe pas non plus dans cette société. Certains malades ont des revenus personnels, touchent des pensions, reçoivent de l'argent des familles ; d'autres sont des prolétaires de la psychiatrie, réduits à la portion congrue de l'ergothérapie, lorsqu'ils peuvent y travailler. Cela crée des relations de domination-soumission. Le principe de l'égalité de tous devant la maladie mentale n'est pas respectée. Certains malades "argentés" se paient des serviteurs pour accomplir les basses besognes communes qu'ils ne veulent pas faire. Ainsi en témoigne cette réflexion de plusieurs infirmières :

" Nous remarquons qu'au moment des repas à la salle à manger, ce sont toujours les mêmes, à chaque table, qui se dérangent lorsqu'il manque quelque chose (eau, assiettes, etc...). Certaines malades se laissent servir par celles qui sont "bonnes filles". "

Il aurait mieux valu mettre "bonne" tout court.

Une infirmière à qui je demandais quels étaient les différents groupes dans le service me répondit :

" Il y a le "club cuisine", avec Mme B., le "club famille", ou Melle S. domine, le "club intellectuel", avec Mme T. et le club des jeunes". "

Mais à l'intérieur de ces groupements ou parfois à côté, existent des inter-relations de couple. Les couples formés sont évidemment de même sexe en raison de la répartition des malades. Ces couples se créent soit par affinités réciproques, soit par la force : un malade imposant sa domination à un autre, qui la subit de manière plus ou moins ambivalente. Il se constitue alors des inter-relations de structure homosexuelle et suivant le degré de régression affective, le malade cherche une mère ou un partenaire de même sexe.

Les couples père-fils, mère-fille sont le type même des relations de domination-soumission. Le père ou la mère est représenté par un malade à personnalité forte, dominante, de type paranoïaque. Le fils ou la fille a un caractère faible, de préférence soumis et se recrute en général parmi les oligophrènes. Le père ou la mère cherche à dominer un fils ou une fille, qui, de par sa personnalité, est voué à un état de dépendance, les oligophrènes et les vieillards étant par excellence ce type même de personnes infériorisées.

" Ainsi, Melle G., qui s'est créé des fonctions importantes dans le service, a une fille oligophrène qu'elle domine de toute sa personne, qu'elle peut agresser quand bon lui semble, sans doute pour se venger de la domination qu'elle subit à l'hôpital psychiatrique.

On trouve à son sujet dans le cahier de rapport :

" Melle G. est continuellement en dispute avec Melle D. Cette dernière qui s'énervé très vite, crie et pleure en bousculant tout le monde. Dès qu'elle se calme, Melle G. en profite pour la gronder de nouveau ".

Dans ce cas, la fille accepte mal la domination imposée et est agressive à son tour contre les autres malades. Lorsque les infirmières ont voulu réduire l'importance des fonctions de Melle G. dans le service, celle-ci par dépit, a abandonné sa fille, qui a été très impulsive.

" Melle L., légère débile, s'occupe activement de Melle S., oligophrène profonde. Cette dernière fait d'ailleurs d'énormes progrès depuis qu'elle a trouvé une mère qui l'aime beaucoup. Mais, en même temps, se sont créés des liens de dépendance et elle commence à faire des caprices lorsque "sa mère" la laisse seule ".

" Mme D. a créé avec une jeune malade (Melle M.) une situation névrotique "mère-fille". Sans cesse elle harcèle sa fille ".

Cette note, relevée dans un dossier, montre encore une relation sado-masochique.

Melle B. est venue à l'hôpital pour une fugue au cours d'un épisode schizophrénique. Elle a abandonné sa famille, car très attachée à sa mère, elle était en rivalité ouverte avec le père qui ne supportait pas cet état de chose. Dans le service, elle a trouvé une autre mère que rien pourtant ne prédestinait à ce rôle en raison de sa personnalité. Elles se protègent l'une l'autre de l'agressivité des autres malades. Une fois sortie du service, Mme R. fait sortir " sa fille " en permission, lui donne un peu d'argent de poche. Melle B. dépend entièrement d'elle et suit tous ses conseils. Personne d'ailleurs dans le service ne trouve à redire à ces relations, car elles paraissent naturelles".

" Deux "grand-mères" sont en train de parler dans une cour de pavillon. La plus jeune dit à l'autre : " toi, tu es ma mémée à moi ". Réponse de l'autre : " moi, je ne suis la mémée de personne".

Il est difficilement imaginable qu'une personne de 70 ans au moins puisse rechercher une mère chez une femme de 30 ans !

Lorsque la régression est moins profonde, les couples de même sexe sont plus sexualisés et apparaissent plus malsains à l'entourage. Le couple est alors constitué dans le cas de femmes, d'une personne fortement masculinisée et d'une très féminisée, soumise à la première, leur dépendance reposant sur la haine et la peur du sexe opposé.

" Ainsi, Melle C. est une jeune fille à forte personnalité qui apparaît aux yeux des autres comme quelqu'un de rassurant. Elle s'impose dans le service comme le chef de file des malades. Elle est très écoutée, a des idées arrêtées sur tout. Elle excelle dans l'art de mettre les médecins en défaut. Sa tenue est très masculine. Elle ne se maquille jamais, porte les cheveux raides. Elle fume beaucoup, croise les jambes comme un homme. C'est toujours elle qui parle dans tous les groupes. Elle a été élue présidente des malades. Son long passé psychiatrique même, lui donne une auréole de plus. Elle est "l'ancienne". .

En fait, elle a présenté plusieurs épisodes délirants au cours desquels ses problèmes d'homosexualité ont éclaté au grand jour, au point d'aller retrouver des professeurs femmes dont elle était éprise. Elle est très dépendante de sa mère et pourtant en rivalité avec elle.

Dans le service, elle attire toutes les jeunes malades présentant également des problèmes homosexuels plus ou moins conscients. En un an, huit de mes malades m'ont déclaré être amoureuses d'elle. Elles se jalourent les unes les autres. Une d'entre elles a failli se suicider lorsqu'elle a pris conscience de cette attirance sexuelle. Toutes se sont identifiées à elle, car elle représente à leurs yeux la personne qui sait dominer. "

" Melle B et Melle A. sont toujours ensemble. Dernièrement Melle A. a partagé une boucle d'oreille et en a fait deux anneaux qu'elles se sont mis au doigt. Elles sont chacune mariées à un homme invisible, disent-elles. L'une ajoute : " quand les garçons ont vu que j'étais mariée, ils ont fait une drôle de tête ! ". En fait, elles sont mariées l'une à l'autre et l'anneau qui resserre leurs liens, éloigne en plus les garçons ".

Voici une note relevée dans un cahier de rapport :

" Melle C. continue à marcher comme un toutou sous les ordres glacés de Melle D. Hier, elle épluchait des pommes pour faire de la compote (pour elles deux). Melle D. raide comme un piquet, la contemplait d'un air pincé ".

On trouve ici à nouveau une relation sado-masochique entre deux malades. Melle C. qui se laisse commander, apparaît comme un "dragon". Extérieu-

rement, elle est ressentie généralement comme une femme phallique. Par contre, Melle D. commande avec un "air de victime". Dans cette relation de domination-soumission, Melle D. est un homme castré qui commande une femme phallique. Mais Melle C. est en même temps l'homme du ménage qui est le seul à travailler pour le couple. Melle C. a donc une fonction valorisatrice. Ces malades tirent donc toutes les deux des bénéfices secondaires de leur association.

De tels malades qui affirment ainsi leur structure homosexuelle apportent parfois des perturbations insoupçonnées dans un service. Ce fut le cas pour un malade homosexuel pervers qui avait été hospitalisé pour une expertise médico-légale. En quelques jours, il avait détecté et séduit tous les homosexuels plus ou moins latents. Il révéla ainsi tout un aspect sexuel de ces malades, aspect qui était passé inaperçu de l'équipe médicale. On découvrit même qu'un de ces malades était un homosexuels vrai, passif, et qu'il était porteur d'un chancre syphilitique de l'anus... ce qui explique les motivations de son hospitalisation : il était venu pour un épisode dépressif, parce que son camarade de travail s'était marié.

Cette homosexualité devient souvent active dans les services sans contact avec l'extérieur. Comme dans toute collectivité fermée, sans relations hétérosexuelles (prisons), se créent ces relations déviées qui sont des compensations imposées par le milieu clos. Les êtres faibles physiquement ou psychologiquement en font alors les frais.

Comment va se faire l'intégration d'un nouveau malade au sein de la société pavillonnaire ? Bien souvent, il est assez mal accueilli par l'ensemble de la communauté qui se comporte vis-à-vis de lui comme un groupement fermé qui se montre très méfiant de tout ce qui lui est extérieur et étranger. Un certain équilibre affectif étant établi, l'intrusion d'un nouveau membre risque de tout compromettre. Il se présente comme un rival en puissance, qui va peut-être capter l'affection de certains malades, de certains infirmiers ou infirmières, de certains médecins. Lui-même se sent rejeté, ce qui peut augmenter son angoisse ou libérer son agressivité.

Dans le service de recherche américain, lorsque nous avons un nouveau médicament à expérimenter, nous allions "recruter" un certain nombre

de malades dans le pavillon des entrées. L'adaptation de ces malades au service était étroitement liée au nombre de patients que nous introduisions. Lorsque le nombre était restreint à un ou deux, ces malades étaient mis un certain temps en observation par les autres malades, puis ils étaient assez rapidement assimilés par des groupes constitués. Par contre, lorsque le nombre dépassait trois, il se produisant des perturbations très importantes. Les malades en question, même s'ils ne s'étaient jamais parlés auparavant, constituaient un bloc uni qui résistait à l'assimilation et devenait même très agressif vis-à-vis de la communauté, qui essayait de les soumettre à ses propres lois. Les deux groupes s'opposaient alors ouvertement et en venaient même à se battre ouvertement. Même si les malades en question étaient très délirants et très en dehors du réel, ils se groupaient instinctivement pour mieux résister à l'agression des autres.

D'autre-part, un malade agité est très mal supporté par un groupe qui est stressé par le délire exprimé. En effet, un tel malade a perdu ses défenses et son inconscient éclate en plein jour. Les autres malades revivent au travers de ses projections délirantes leurs propres conflits qu'ils commencent à oublier et à replonger dans leur inconscient. Le nouveau malade vient perturber un bon ordre établi où chacun avait reconstitué de nouvelles défenses. Le groupe pousse alors les médecins à sévir contre le perturbateur. En réunion de pavillon, on demande son transfert dans un autre service, on propose des thérapeutiques de force, la réclusion en cellule. Les malades se montrent très punitifs sous couvert de morale. Cette vague d'agressivité n'est pas faite pour rassurer l'entrant. Celui-ci réagit à son tour par des acting-out qui visent à punir ceux qui le rejettent.

" Ainsi, Mme B. qui, au cours de son agitation a brisé trois fois de suite l'appareil de télévision. Quand elle a été plus calme, elle a déclaré qu'en agissant ainsi elle voulait priver les autres d'une distraction. Elle a d'ailleurs demandé à son mari de venir le réparer ".

" Mme G. était très délirante et rejetée de l'entourage. Au moment de Noël, elle a réagi agressivement contre la communauté en arrachant trois fois les décorations posées par ses compagnes dans le service ".

" Mlle E. dès son entrée, a attaqué une petite oligophrène qui est la "fille" d'une malade. Aussitôt toutes celles qui ont une protégée se sont groupées pour s'opposer à cette hostilité. "

Certaines malades ont également peur de l'agitation motrice et de l'agressivité des sélirantes aiguës. Elles essaient de faire exclure ladite malade pour ne pas être agressées physiquement.

Mais, il n'est pas que l'entrée d'un nouveau malade qui perturbe un service. L'absence d'un médecin crée aussi des conflits. Ainsi, lors du départ en vacances du médecin-chef, certaines malades font de véritables crises d'abandonnisme. Elles essaient d'accaparer le remplaçant, l'accablent de demandes réitérées pour voir jusqu'où il peut céder. Si celui-ci se montre ferme, les réactions à la frustration apparaissent, ne cédant que si l'opposition cesse et le cercle vicieux recommence. Lorsque le médecin revient, tout rentre dans l'ordre comme par enchantement. La malade vient se plaindre d'avoir été maltraitée, ce qui revient à lui reprocher son abandon. En même temps on le gratifie en lui faisant croire que lui seul est un bon médecin et qu'en son absence tout va mal. Ainsi la malade libère son agressivité contre les deux médecins, le bon père qui abandonne ses enfants et le mauvais père qui punit.

"Melle B. a fait son petit caprice après le retour du Dr. X. Victime de l'absence du "chef de famille", nous l'avons martyrisée. Elle s'est plainte, maintenant elle va mieux".

"Melle R. elle aussi, a retrouvé "son père spirituel" et retrouve du même coup une certaine stabilité".

Ces deux notes d'une infirmière ont été inscrites dans le cahier de rapport après le retour de vacances du chef de service.

Tout au long de leur hospitalisation, les malades, même les chroniques, présentent des réactions de fuite vis-à-vis de leur maladie. Cela ressort nettement dans les réunions de pavillon où on ne parle pratiquement jamais de problèmes personnels, mais où il n'est question que de faits matériels. Ainsi, on parle de la nourriture, des sorties de fin de semaine, des distractions prévues dans l'hôpital ou au dehors. Ou bien alors se manifeste une réaction hostile à l'hospitalisation forcée. On reproche aux médecins de faire travailler les gens qu'ils considèrent comme des malades et cette contradiction interne est le cheval de bataille qui permet d'attaquer le principe de l'ergothérapie et ceux qui l'ont instituée. Les malades refusent ce qu'ils considèrent comme un système d'exploitation. Ils se présentent dans la situation du prolétaire exploité par

un capitalisme tout puissant qui tire d'énormes profits. " Tant qu'à travailler, autant qu'ils le fassent à l'extérieur, où ils seront mieux payés..."

" Melle T. manifeste son agressivité à l'égard de l'ergothérapie. Elle a refusé d'aller à une fête de plein air donnée à l'hôpital. Elle se justifie ainsi : " vous comprenez, je ne vais pas à leurs vogues et kermesses parce qu' "ils" nous donnent del'argent d'un côté pour le reprendre de l'autre ".

En fait, elle n'a fait que déplacer son problème. Au cours d'un accès de colère, elle a cassé une pile d'assiettes. L'infirmière lui ayant déclaré qu'on lui retiendrait de l'argent sur sa paie, elle a refusé de travailler à l'ergothérapie car elle n'acceptait pas qu'on lui donne d'un côté pour lui reprendre del'autre.

Les malades essaient d'échapper le plus possible à leur situation de malade mental en se créant une vie à part. Les activités extérieures au service sont pour cela fortement prisées. Ils ont ainsi l'impression d'échapper à leur état de dépendance.

" Ainsi, Melle C. va aux cours de peinture, de cuisine, de puériculture, de coupe, au club des jeunes et en psychothérapie ". Le tout étant mis par elle sur le même plan, car la psychothérapie représente pour elle une activité où elle échappe à la structure hiérarchique du service.

Dans un pavillon, les malades avaient une réunion où n'assistait aucun membre du personnel, aucun médecin. Elles devaient y débattre leurs problèmes et présenter des suggestions pour l'amélioration du service. Chaque compte-rendu présentait une demande de sortie en ville. Ces malades partaient deux jours par semaine en famille, mais essayaient de multiplier les occasions de fuir l'hôpital et leur maladie.

Ainsi du 8 mai au 19 juin, elles allèrent trois fois au zoo, une fois à Staten-Island, une fois à un parc d'amusement, une fois au cinéma. Elles demandèrent à avoir chaque jour des jeux de plein air et des sorties matinales " pour respirer du bon air ". Si on les avait écouté, il n'y aurait jamais eu de malades dans le service en dehors des invalides.

Le refus de la maladie se voit également dans l'hostilité de groupe manifestée à l'égard de la thérapeutique, car accepter un médicament, c'est accepter sa maladie. Aussi les moindres fautes de prescriptions sont-elles exploitées pour démontrer la nocivité ou l'inefficacité des drogues. Et dans un service de recherche les occasions de conflits ne manquent pas.

Ainsi, les malades constituent à l'intérieur du service hospitalier une micro-société qui se compose de divers groupements, fonction des affinités de chacun. Comme tout groupe social, ils se protègent des agressions extérieures. Placés dans un état de dépendance de par leur internement, leurs relations humaines tendent à éviter la domination médicale en essayant d'échapper à leur condition de malade mental.

Ce sont ces inter-relations que nous allons décrire dans le chapitre suivant : le malade et l'équipe médicale.

CHAPITRE 11

LE MALADE ET L'EQUIPE SOIGNANTE

Le personnel soignant occupe dans la structure fonctionnelle d'un service une position intermédiaire entre le médecin et les malades. Son rôle a subi une évolution parallèle à celle de l'ancien asile. Nous sommes actuellement dans une ère de transition et d'adaptation à la nouvelle conception de l'hôpital psychiatrique. Le personnel passe progressivement de sa fonction de gardien à celle d'infirmier. Dans les archives syndicales d'un de ces hôpitaux psychiatriques, on retrouve une revendication du personnel, tendant à être assimilé quant à son statut aux gardiens de prisons. Ce temps paraît actuellement bien dépassé. Mais le vieil asile n'est pas mort et il reste encore des structures qui perpétuent l'ancien état d'esprit. Le personnel actuel qui a vécu les temps héroïques ne s'est pas adapté pleinement aux nouvelles conceptions psychiatriques. On ne refait pas sa personnalité, on remet difficilement en question toute une vie à l'heure où sonne la retraite. Si un personnel nouveau et jeune est prêt à accepter toute psychiatrie nouvelle, il n'en est pas toujours de même pour ceux à qui on vient dire soudain : tout ce que vous avez fait jusqu'à présent est complètement dépassé. Il faut vous adapter à la nouvelle psychiatrie.

Il en est d'ailleurs de même pour les malades qui ayant connu l'asile, se trouvent maintenant plongés dans des structures nouvelles. Dans leurs relations avec l'équipe soignante, ils essaient de revivre les anciennes situations de domination-soumission. Le rôle du personnel infirmier est double : on lui demande d'assurer les soins médicaux et d'adopter une ligne de conduite psychothérapique, mais en même temps, il est chargé d'assurer la police du service et ces deux rôles ne sont pas complémentaires. C'est cette antinomie qui plonge l'équipe soignante dans l'embarras et est à la base des conflits idéologiques. Cette situation peu nette qui oblige un jour à punir, l'autre à comprendre, est peu rassurante. Le personnel préfère les solutions nettes et claires et se sent plus sûr lorsque le chef de service adopte une politique

rigide qui ne laisse place à aucune interprétation. Lorsque cela n'est pas le cas, chacun adopte l'attitude qui convient à sa personnalité. Il n'y a plus d'unité de pensée et d'action et les inter-relations malade-personnel soignant varient en fonction de la structure de chacun des participants.

C'est pourquoi ces relations sont souvent empreintes de moralisme, de rigidité. Le personnel actuel n'a pas une culture psychiatrique suffisante pour s'élever au-dessus du débat. Il vit tous les conflits affectivement et bien rarement avec le recul qui serait nécessaire. Il s'engage directement dans la lutte sur un pied d'égalité avec le malade et ce faisant, il ne considère plus le malade en tant que malade, mais comme un interlocuteur valable à qui il faut tenir tête, qu'il faut dominer. Ne pas perdre la face vis-à-vis de celui-ci, tel est le principal objectif. Faisant cela, l'équipe soignante entre directement dans le jeu du patient qui fait tout pour oublier et faire oublier sa condition de malade. Reconnu comme un égal par un infirmier, il se croit valorisé. Et toutes les tentatives seront faites pour entamer une lutte de classe d'où l'un des deux clans doit se montrer supérieur.

En fait, ces conflits n'existent pas avec tous les infirmiers et tous les malades. D'abord parce que parmi les premiers, certains ont acquis une expérience et une connaissance psychiatrique qui leur permet d'éviter de tels conflits. Ensuite, parce que certains malades ne se prêtent pas à ces luttes. En effet, pour le personnel infirmier, pas assez éduqué, il existe plusieurs sortes de malades (on retrouve d'ailleurs ces mêmes notions dans le public, peu au courant des notions psychiatriques). Il y a ceux qui ne prêtent pas à contestation et qui sont considérés comme étant réellement des malades mentaux : ce sont les psychotiques délirants, agités, chez lesquels on discerne à première vue des troubles évidents du comportement. Pour les autres, c'est différent. Ainsi, si on prend un éthylique, il sera considéré comme "un vrai malade", s'il est en état de delirium tremens, mais s'il vient pour faire une cure de désintoxication, on le traite alors avec un certain désintérêt, voire un mépris non déguisé. Car on le juge moralement : c'est un ivrogne et non plus un alcoolique. Celui qui boit n'est pas à plaindre, car il l'a bien cherché. Avec un peu de volonté, il n'en serait pas là. On plaint sa femme et ses enfants, bien sûr, mais il vient bien rarement à l'idée de rechercher le

pourquoi de "son vice". Il a des problèmes ? Mais tout le monde en a et tout le monde ne boit pas !

Mais de tels propos ne sont pas réservés aux seuls éthyliques. Même les malades délirants sont vus parfois sous un angle moral. En effet, bien souvent le personnel ne peut comprendre qu'un schizophrène ait parfois des gestes très adaptés et parfois soit complètement hors du réel. Que de fois n'ai-je entendu après qu'un tel malade se soit livré à des attaques impulsives sur une personne : "oh, mais ils savent très bien ce qu'ils font". " Ce n'est pas pour rien qu'il a attaqué un tel ou une telle. D'ailleurs, il se souvient parfaitement de ce qui s'est passé. Il faut le punir pour qu'il comprenne la leçon ".

Et c'est ainsi que l'on entre dans le domaine des relations sado-masochiques : on met la camisole, on attache, on fait des injections I.M. Toutes ces pratiques peuvent se défendre, mais tout dépend dans quel état d'esprit cela est fait. Si l'on fait une injection I.M. de largactil en l'associant à une bonne leçon de morale, il n'y a alors plus de différence dans l'esprit du malade entre ce qui est traitement et ce qui est punition.

Ces inter-relations sont encore plus critiques lorsque les malades s'éloignent du domaine de la psychose. Ainsi, les malades schizophrènes borderline posent des problèmes très importants. Les médecins ont en effet beaucoup de peine à les faire considérer comme des malades par le personnel soignant, surtout si leur comportement évoque les malades caractériels, délinquants juvéniles. C'est surtout l'indécision de l'équipe médicale qui pèse lourd dans les inter-relations. En effet, les médecins hésitent souvent entre l'abord psychothérapique et le traitement par chimiothérapie. On essaie parfois les deux, mais pas avec la vigueur que réclame le personnel, qui lui, ne voit pas la nuance et pense que puisqu'il s'agit d'un schizophrène, il faut employer les grands moyens et ne pas se soucier de ce qu'en pense le malade.

Quant aux névrotiques et surtout les névroses de caractère, c'est avec de tels malades que les conflits sont les plus aigus. Le personnel ne les voit pas d'un bon oeil dans un service, car ils ne se laissent pas dominer et bien souvent sont agressifs avant d'avoir été agressés. Les membres de l'équipe médicale sont sans cesse sur leurs gardes et pourtant se laissent entraîner

immanquablement dans les moindres conflits, car de telles personnalités ont l'art de dire ce qui va toucher le narcissisme de l'autre, qui blessé dans son amour-propre ripostera sur le même terrain.

Les mêmes problèmes relationnels se retrouvent avec les malades chroniques, dont la psychose s'est éteinte et qui gardent un attachement matériel et névrotique au service. L'hôpital psychiatrique est devenu leur maison de retraite et ils ont les mêmes difficultés relationnelles qu'ils auraient dans toute collectivité. Leur comportement est très souvent névrotique car ils cherchent des bénéfices secondaires dans leur maladie et^y trouvent toujours un ultime refuge à la moindre frustration du milieu ambiant. Le personnel infirmier, qui les connaît depuis très longtemps, est très ambivalent à leur égard, car, dit-il, "ils ne sont malades que lorsque cela leur convient" ; de là à dire qu'ils le font exprès, il n'y a qu'un pas, très souvent franchi.

L'infirmier a donc facilement tendance à classer ses malades en malades réels pour lesquels il pense devoir exercer son métier de soignant, et en personnalités qui profitent plus ou moins de leur maladie, en tirent des bénéfices et n'en acceptent pas les inconvénients. Il se place alors bien souvent sur un plan moral, et fait une distinction entre "les bons" et "les mauvais" malades.

Le bon malade est celui qui n'attire pas l'attention sur lui ou qui ne fait pas attirer l'attention du médecin sur l'infirmier qui en a la responsabilité. Le bon malade fait son lit, se lave seul, travaille bien à l'ergothérapie, fait les courses du pavillon, met le couvert, lave la vaisselle, aide à nettoyer dans le service. Il prend bien son traitement, ne crée pas de perturbation, ne récrimine pas, en bref, c'est un malade qui n'a plus rien d'un malade. C'est le type parfait pour la maison de retraite.

Le "mauvais malade" est celui qui crée des problèmes relationnels. S'il est ouvertement délirant, on l'accepte tel qu'il est. Mais, s'il entre dans les autres catégories de "malades difficiles", il est alors la source de conflits répétés. Le mauvais malade est celui qui se met en marge de la petite société. Il ne fait pas son lit, essaie de profiter du travail des autres. Le travail thérapeutique ne l'intéresse pas, ou il s'y plie de mauvaise grâce, ou

essaie d'imposer ses vues et ses directives. Il accepte mal sa thérapeutique, veut dicter sa prescription. Il n'est jamais où il doit être à l'heure fixée. Il crée des problèmes sexuels avec les autres malades. Il est paresseux, ne s'occupe même pas de ses propres affaires. En bref, il n'accepte pas sa condition de malade et la domination du personnel. Il s'en suit des inter-relations sado-masochiques.

L'équipe soignante est alors facilement punitive dans ses décisions. Elle pousse le médecin aux traitements de force, aux injections I.M., à l'isolement, à la camisole de force. Mais bien souvent, l'agression reste du domaine verbal et le cahier de rapport est un excellent recueil de jugements moraux, d'agressivité directe ou indirecte à l'égard de tel ou tel malade.

Voici quelques exemples de ces inter-relations :

" Melle D. ce soir a un bon comportement ; à table, elle passe inaperçue."

Ce petit rapport, s'il s'agissait d'une malade délirante, serait parfait. Mais la malade en question est une jeune caractérielle qui a créé et crée encore de nombreux conflits. Il s'agit là d'un jugement moral, d'un bon point accordé à la patiente. Car pourquoi n'a-t-on pas signalé toutes les autres malades qui passaient inaperçues ?

Même signification pour cette autre note :

" Melle B. est présente toute la journée à l'atelier ".

" Melles D., B. et F. sont trouvées dormant toutes les trois dans deux lits rapprochés ".

Ce rapport sous-entend énormément de facteurs. Il s'agit encore de trois caractérielles. Elles se sont couchées ostensiblement dans deux lits à trois, pour agresser moralement l'équipe soignante. Il y a d'ailleurs en plus, sur un plan plus profond, des inter-relations homosexuelles. Mais l'infirmière qui a constaté cela a réagi comme le voulaient les malades, en signalant le fait au médecin.

" Melle S. aime particulièrement qu'on s'occupe d'elle. Après

avoir demandé la suppression d'un cachet, puis refusé de se le laisser enlever, elle est allée s'acheter un paquet de thé, espérant que nous lui interdirions d'en faire. Ensuite, elle nous réclame une passoire et vient boire le thé assez fort sous notre nez. Nous n'avons rien vu."

Il s'agit d'une malade qui a effectivement un besoin névrotique qu'on s'occupe d'elle. Elle essaie de se faire donner "son" traitement, puis se le fait enlever. Se plaint d'être énervée et boit du thé. Ce rapport montre bien l'agression que la malade essaie de faire subir à l'infirmière. Elle la provoque ouvertement. Le matin, elle a vu la malade aux prises avec le médecin, l'après-midi, celle-ci boit du thé "assez fort", "sous son nez" et pour être bien sûre d'être vue, demande une passoire. L'infirmière s'est bien sentie agressée, mais n'a pas réagi.

" Melle T. après avoir coupé ses cheveux, se met à chanter à haute voix tout en restant couchée ".

Derrière cette phrase se cache toute une série d'inter-relations sado-masochiques. La malade en question est hospitalisée depuis vingt ans. Sa mère est morte à l'asile. Elle a donc un long passé psychiatrique. Elle est actuellement très dépendante de l'hôpital et ne peut le quitter ; d'un autre côté, elle garde une source intarissable d'agressivité contre tout ce qui lui évoque l'asile. Pour protester contre une diminution de sa thérapeutique, donc contre ce qu'elle considère comme une frustration de ce qui lui est dû, elle s'est mise à chanter des chants écrits à l'hôpital psychiatrique, contre les anciens psychiatres et leur personnel. L'équipe soignante lui a mis la camisole un jour. Elle s'est alors coupée les cheveux à ras, comme elle faisait il y a 15 ans dans l'ancien asile " pour qu'on ne lui tire pas les cheveux lorsqu'on l'attache", et elle a continué à exprimer son agressivité au travers de ses "chants séditieux".

" Mme D. vient nous dire qu'elle garde son argent car elle va bientôt sortir : " je vais me délivrer, j'ai purgé ma peine ",

ceci voulant dire qu'elle a été gardée contre son gré (alors qu'elle est en placement volontaire) et que les infirmières ne sont que des gardiennes de prison.

" Melle V. n'a plus de chat dans le service. Ce qui ne l'empêche pas d'être gendarme et de se précipiter sur tous les restes de viande pour les chats qui courent les chemins de l'hôpital. Aujourd'hui, elle semonce vertement Mme D. qui s'était fait une joie de garder quelques restes pour une infirmière : " elle roule sur l'or, elle peut acheter de la viande pour son chien ".

Il s'agit là d'une malade qui a développé des relations sado-masochique avec une infirmière qui dirige l'ergothérapie. Elle a un caractère très autoritaire et petit-à-petit était devenue contremaîtresse, contrôlant tout ce que faisaient ses autres compagnes. L'infirmière s'est sentie lésée et a réagi agressivement d'une manière indirecte. La patiente élevait des chats qu'elle faisait coucher dans sa chambre. L'infirmière, sous prétexte d'hygiène, a interdit les chats dans cette pièce. Melle V. a alors délibérément et sadiquement fait piquer ses chats les uns après les autres, à intervalles réguliers. Elle sortait en permission et revenait triomphalement avec le chat mort qu'elle exposait une nuit sous son lit. Le lendemain, elle l'enterrait. C'était agresser l'infirmière en la rendant publiquement responsable de la mort des chats. Celle-ci réagit secondairement en enlevant à la malade toute prérogative dans le travail qu'elle faisait. Melle V. se retira de l'ergothérapie, puis après un chantage au suicide, essaya de reprendre ses avantages perdus. Elle retravailla d'abord dans le couloir, puis dans la salle au bout d'un banc. Puis, elle agressa à nouveau l'infirmière au moyen d'un autre chat. Voici le rapport qu'en fait cette infirmière :

" Melle V., qui faisait des avances et prenait des airs fort gracieux il y a quelque temps, subitement reprend son air glacial, me regarde avec une mine offusquée et bien pensante. Elle paraît horrifiée par ma vue. Ceci parce qu'un "chat" avait fait son apparition. Nous lui avons permis de le mettre dans le petit couloir, seulement s'il faisait froid. Elle recommençait à le séquestrer et exerçait son chantage habituel. Ayant rencontré une attitude générale logique et inflexible, elle a fait piquer le chat, qui était très beau et en parfaite santé et qui ne lui avait certainement pas demandé d'être fait prisonnier. Elle continue à éprouver beaucoup de plaisir à nourrir, caresser, séquestrer et tuer ".

Donc, Melle V. a essayé de regagner les bonnes grâces de l'infirmière par des airs fort gracieux. Elle y a réussi en partie puisqu'elle obtint d'introduire un nouveau chat dans le service. Elle se sert alors de ce chat pour agresser l'infirmière en étant sadique avec l'animal qu'elle séquestre.

L'infirmière réagit d'une manière rigide (attitude logique et inflexible). A nouveau la malade fait piquer le chat, qui n'est alors qu'un substitut de l'infirmière qu'elle agresse sadiquement. A la suite de cela, elle quitte à nouveau l'ergothérapie. Ainsi, ne pouvant arriver à dominer l'infirmière, elle l'agresse de manière indirecte et se retire pour ne pas se laisser dominer à son tour.

Cette rivalité entre malades et infirmières apparaît encore dans cette note :

"Melle L. est très énervée ce soir. Un infirmière a fait manger "sa fille", Melle M. ce qui a le don de la mettre dans un état d'énervement épouvantable. Elle jure par tous les dieux qu'elle ne s'occupera plus d'elle. Elle finit par ne plus pouvoir manger tant elle tremble. Le repas fini, c'est pourtant elle qui récupère son bien et qui la met au lit".

Melle L. est une débile mentale qui s'occupe énormément d'une petite fille de 12 ans présentant une idiotie. Elle la considère comme sa fille et fait ainsi le travail qui incomberait à une infirmière. Elle tient beaucoup à ce que les médecins sachent tout le mal qu'elle se donne et est toujours en quête de remerciements. Elle n'admet pas que les infirmières lui volent son bien, et bien qu'elle dise constamment que cela est trop de travail pour elle, elle devient très agressive dès qu'on s'occupe de "sa fille". Pour bien marquer d'ailleurs qu'elle se place sur un plan d'égalité avec les infirmières, elle les tutoie.

"Melle F. paraît moyennement contente de sa première journée au pavillon des enfants. Le soir, au dîner, elle épate sa table en racontant : " la semaine prochaine, je mangerai avec les infirmières". Alors la table reprend en chœur : " oh ! avec les infirmières ! "

Cette note est tirée d'un cahier de rapport des infirmières. Melle F. a été envoyée travailler dans un autre pavillon. Elle s'est sentie rejetée par le personnel de son service - ce qui se traduit par le "paraît moyennement contente". mais, pour cacher sa frustration, elle se montre agressive envers celles qui l'ont rejetée, en montrant que dans le service où elle travaille on la considère d'égale à égale en la faisant manger à la même table que les infirmières. Donc, on l'aime davantage là-bas. De plus, cela la valorise de déclarer cette promotion devant les autres malades, qui n'en reviennent pas.

Elle gagne sur deux tableaux : en même temps qu'elle se venge des in-

firmières, elle se fait gratifier par les malades. Son narcissisme est doublement comblé.

Voici maintenant quelques rapports sur des malades travaillant à l'ergothérapie. Ceux-ci ne sont pas exempts de jugements moraux ou affectifs :

" Melle A. travaille peu. Plaisante et agréable "

" Mme K. travaille bien. N'offre aucune plainte "

" Melle B. bonne travailleuse, mais très agressive à certains moments "

" Melle O. est sans soin et négligente dans son travail quand on ne l'observe pas. Lorsqu'on la réprimande travaille bien. (en fait, dans ce dernier cas, il s'agissait d'une schizophrène en phase aiguë, très délirante. Ceci ne transparait pas dans le rapport qui est très moralisant).

" Melle T. ne participe à aucune activité avec les autres lorsqu'il n'y a pas de travail. Reste assise et lit.

(Cette malade a un niveau intellectuel supérieur à la moyenne et elle méprise les activités organisées par le personnel. Celui-ci se sent offensé par ce mépris).

" Melle S. dort la plupart du temps au travail. Doit être poussée à toute activité. Son attitude change entièrement lorsqu'elle veut aller à la boutique. Comportement identique en groupe. "

(Là encore, jugement moral sur une schizophrène qui ne reprend une activité que pour aller à la boutique satisfaire ses instincts oraux).

Les relations entre malades et personnel varient en tonalité selon l'âge des uns et des autres. Une équipe soignante jeune aura beaucoup plus de mal avec des caractérielles, car leurs relations seront surtout faites de rivalité. Une équipe soignante plus âgée se conduira de façon plus maternelle et comblera mieux les besoins affectifs de ces malades. Là encore se retrouvent les mêmes situations oedipiennes, les malades cherchant leur bonne mère, leur bon père, ou retrouvant leur mauvais parent. Le personnel lui-même revivant également ses mêmes conflits infantiles avec les malades. Ainsi :

" Melle R. demande à avoir une infirmière attitrée pour recevoir son médicament ; une jeune infirmière l'énervé : elle la regarde d'une certaine façon ".

Plus tard :

" Melle R. refuse ses médicaments à la jeune infirmière en l'insultant, puis les avale en disant toutes sortes de grossièretés ".

Le lendemain, Melle R. confie au cours d'une séance de psychothérapie :

" Je n'aime pas les jeunes infirmières, elles ne savent pas punir. Les anciennes sont sévères, mais elles m'aiment bien. Elles sont comme des mères "

Une infirmière en réunion d'équipe, précise que Melle R. est jalouse des jeunes infirmières. Il lui semble qu'elle a peur qu'elles lui prennent l'affection maternelle que lui donnent les infirmières plus âgées.

Elle essaie donc de déprécier celles-ci aux yeux de ces dernières en les accusant de mal faire leur travail :

" C'est elle qui n'a pas rangé la terre glaise, c'est elle qui a touché à l'électrophone. Elle a cassé un flacon... "

Elle n'accepte pas la domination d'une infirmière jeune avec qui elle est en rivalité oedipienne. Elle a le même comportement vis-à-vis de sa soeur, qui est toujours mise sur un piédestal par sa mère. Sa soeur, d'après celle-ci, fait toujours bien. Mais la malade une fois la mère partie, dit du mal de sa soeur, essaie de la rabaisser. Par contre, elle s'identifie à elle lorsque son beau-frère lui rend visite, et elle flirte avec lui.

La même infirmière déclare encore :

" Melle R. a un comportement trouble avec les infirmières de type masculin. Ce sont celles-ci qu'elle préfère. Elle essaie même parfois de vous mettre dans la peau d'un homme ".

C'est aussi Melle F. qui se plaint d'être abandonnée de tout le monde et en particulier d'une certaine infirmière. Ceci, constate-t-elle, depuis qu'une autre infirmière, en disponibilité jusqu'alors, est revenue dans le service. Elle est jalouse de cette dernière, qui lui a pris l'affection qu'elle recevait jusqu'alors. Elle boude et essaie de se faire gratifier par le médecin, à qui elle confie sa peine.

L'infirmière en question s'était d'ailleurs rendu compte du lien névrotique qui liait la malade à elle ; elle a essayé de minimiser le transfert, ce qui, pour la malade, s'est traduit par un abandon.

A chaque changement de service des élèves infirmières, les malades jeunes, immatures au point de vue affectif, s'inquiètent de savoir qui va venir en remplacement. Elles semblent redouter l'arrivée d'une rivale. Pourtant

ce mode de relation n'existe pas avec toutes les infirmières jeunes. Ce n'est pas tellement une question d'âge, mais de maturité affective de la dite infirmière qui est en jeu. En effet, celles qui sont affectivement stables ne créent pas de conflits. Par contre, celles qui sont anxieuses communiquent leur anxiété aux malades qui sont à la recherche d'un équilibre affectif. De plus, sur un plan moins conscient, l'arrivée d'une personne du même âge, du même sexe, crée chez ces malades qui n'ont pas dépassé le stade oedipein, une sorte de panique homosexuelle. Alors qu'avec une infirmière stable et âgée, elles nouent un lien affectif de fille à mère, avec une jeune, le mode de relation devient trouble et les culpabilise. Elles projettent alors cette culpabilité sous forme d'agression et si l'infirmière réagit identiquement, le mode de relation se place alors sur un plan sado-masochique.

C'est d'ailleurs bien souvent pour éviter ces conflits que certains membres de l'équipe soignante évitent ce genre de patients. Ils préfèrent alors prendre soins de vieillards ou d'oligophrènes. Avec ces malades, il n'est pas de problèmes relationnels. En effet, la relation de domination-soumission est unilatérale. L'infirmière qui s'occupe d'un vieillard ou d'un débile se place dans la position d'une mère qui prend soin de son enfant. Nous retrouvons alors la position numéro un de l'évolution du sado-masochisme : le malade-enfant est en situation de dépendance. Il est l'objet de la personne soignante. Il est en dépendance sado-masochiste. Il n'y a pas à redouter de contre-agressivité de la part du malade-enfant (à moins que celui-ci soit assez conscient psychiquement pour constater et refuser cette dépendance) et l'infirmière est affectivement comblée.

Bien souvent, les rivalités qui opposent malades et infirmiers sont des conflits de classe. En effet, le statut actuel des infirmiers, n'est pas, administrativement parlant, assez distinct de celui des malades. Il existe des plans sur lesquels ils sont à égalité. Par exemple : certaines tâches dans un service ne sont pas séparées et attribuées à l'une ou à l'autre partie. Ainsi, le personnel est chargé de l'entretien ménager du pavillon. Il est aidé en cela par les malades, qui se trouvent ainsi placés à égalité dans un travail avec une équipe soignante. Le personnel ne supporte pas, avec juste raison, d'être

mis au niveau des malades et il essaie de se décharger le plus possible de ces tâches ou tout au moins de garder un rôle directeur. Les malades ne veulent pas être sous la dépendance du personnel. Ils refusent le travail, se retranchant derrière leur rôle de malade, qui vient à l'hôpital pour se soigner et non pour faire le travail des autres - le personnel est d'ailleurs payé pour cela, eux ne touchent rien - C'est alors qu'un tiers, le chef de pavillon ou le médecin-chef, codifie cela et sous couvert d'ergothérapie impose aux malades certaines tâches domestiques communes. L'un des deux clans triomphe. Mais le conflit reste latent et réapparaîtra sous forme d'agression à la moindre occasion. D'autant plus que tous les malades ne sont pas aptes physiquement à travailler, le personnel ou d'autres malades sont bien obligés de faire leur part de la tâche, et certaines exemptions pour incapacité physique ravivent les animosités de part et d'autre.

On essaie de remédier à ce mal en nommant à des postes fixes des malades volontaires qui sont modestement rétribués. En général, ces emplois sont occupés par des débilés mentaux. Cela rassure le personnel qui n'a plus le souci de ce travail : il n'aura pas la crainte du malade subitement opposant, qui l'oblige à trouver un remplaçant d'urgence.

Mais, s'il n'y a pas de volontaire, on est alors obligé d'instituer un tour de roulement qui déplaît à beaucoup. Alors, renaît le conflit entre malade et personnel, certains malades préférant payer de leur poche pour laisser faire ce travail dégradant à d'autres compagnes.

Les malades font bien souvent du chantage vis-à-vis du personnel en se servant du médecin-chef comme menace. Le personnel se sent souvent culpabilisé par une situation oppressive dans laquelle il a pris part et a alors tendance à projeter cette culpabilité en accusant à son tour. Si pour lui les malades ne sont bons à rien et vivent comme des seigneurs, pour ceux-ci le personnel est payé pour être à leur service et doit donc tout accepter.

Un exemple de culpabilisation de l'équipe infirmière par les malades nous est donné par l'arrivée d'une maniaque dans le service.

Au cours d'une réunion de pavillon, elle essaie de soulever les autres malades contre l'hospitalisation forcée. Elle critique ouvertement les

structures du service, les médecins, le personnel. En deux jours d'hospitalisation, elle a remarqué tout ce qui laissait à désirer. Le personnel attaqué avait déjà essayé de se justifier sans succès. Depuis cette réunion, la cheftaine de l'équipe constate que tout le personnel fait mieux son travail et se tient sur ses gardes.

Mais il n'y a pas que des relations d'agression réciproque entre le personnel et les malades. Il existe aussi certains attachements névrotiques de part et d'autre, qui peuvent susciter des conflits. Les transferts à structure homosexuelle sont assez fréquents et il est bien souvent difficile au médecin qui les constate d'intervenir, car cela met en cause une personnalité supposée normale ; le médecin n'est pas là pour soigner son personnel et cependant, il ne faut pas que celui-ci aggrave les malades sans qu'il en soit conscient. Dans une relation à deux, il y a toujours double participation affective. Et il est bien difficile de demander à un individu de contrôler des instincts qui bien souvent sont inconscients. Heureusement ces tendances restent fréquemment du domaine du normal et on peut parfois utiliser thérapeutiquement certains attachements identificatoires en les contrôlant d'assez près. Chacun préfère un type de malades et réussit mieux avec ceux-ci, sans doute par affinité profonde. Tant que cela ne devient pas pathologique on peut en tirer d'heureux bénéfices réciproques. C'est justement cet effet bénéfique que l'on peut espérer obtenir de groupes restreints de malades confiés à une infirmière. Au lieu d'avoir plusieurs infirmières se partageant une tâche commune, on donne à chacune d'entre elles un petit nombre de patients à prendre en charge entièrement tout au long de leur journée de travail.

Ceci ne va d'ailleurs pas sans mal, car l'infirmier ou infirmière en chef acceptent difficilement de partager des responsabilités. Ils craignent de se voir frustrer de leur rôle de chef. En effet, les malades ne leur appartiennent plus en propre. Ils ont toujours un infirmier qui s'interpose. D'autre part, le médecin voulant connaître les progrès que peuvent réaliser ses malades, s'adressera toujours à l'infirmier responsable, le chef se trouvera ainsi court-circuité et frustré.

Dans un service où la hiérarchie était ainsi respectée, les méde-

cins qui se partageaient déjà les malades, avaient décidé d'attribuer des malades fixes aux infirmières. La cheftaine, qui avait été chargée de la répartition, au lieu de donner les malades d'un médecin à deux infirmières, comme nous pensions, redistribua les malades par ordre alphabétique. Ce qui fait que le médecin qui désirait savoir l'évolution de ses patientes, devait rechercher dans la liste à quelles infirmières elles appartenaient et devait s'adresser à dix infirmières au lieu de deux. L'effet recherché était ainsi réduit à néant et de guerre lasse, tout recommença comme avant. La cheftaine avait préservé ses prérogatives.

Les inter-relations malade-équipe soignante ont donc pour thème : domination et soumission. Le malade n'admet pas sa situation de dominé et tente de s'en échapper en créant des conflits par lesquels il essaie à son tour de dominer le personnel soignant. Ce faisant, il oblige l'autre à le considérer comme sujet et non plus comme objet. Il se revalorise et échappe à sa condition sociale de malade mental.

Dans les mêmes buts, il crée avec ses médecins des relations humaines identiques. C'est ce que nous allons voir maintenant dans le chapitre suivant : Le malade et ses médecins.

CHAPITRE III

LE MALADE ET SES MEDECINS

PREMIERE RENCONTRE

La première rencontre entre le médecin et son malade va marquer le début de toutes leurs relations ultérieures. C'est un phénomène aussi important pour l'un que pour l'autre, c'est la mise en contact de deux êtres psychiques qui vont entamer un dialogue décisif pour l'avenir d'au moins l'un d'entre eux. Selon la manière dont se fera cette prise de conscience de l'un par l'autre, dont se déroulera l'entretien, dont se terminera l'entrevue, découlera un mode de relation interhumain bien différent. Aux Etats-Unis, on insiste beaucoup, dans le cadre de l'enseignement universitaire, sur l'importance de l'inter-relation médecin-malade qui s'établit dans l'interview psychiatrique. En France on était resté jusqu'alors trop livresque et ce n'est que récemment qu'une étude pratique des méthodes psychologiques a été appliquée à la relation du médecin et de son malade.

En fait, le difficile est de rester le médecin. D'abord parce que le malade mental, qui bien souvent nie sa maladie, essaiera de vous faire jouer un autre rôle ; ensuite parce que le médecin lui-même est un être humain, à l'égal du malade et qu'il aura souvent tendance à se laisser gouverner par ses impulsions et à jouer le jeu du malade. Psychanalyser tous les médecins n'est certes pas une solution d'économie, aussi est-ce bien souvent seulement sa propre expérience et celle des autres qui donnent un équilibre relatif à ces relations.

En effet, le malade mental est un être malade, mais qui dans sa propre maladie trouve des ressources insoupçonnées pour désarçonner les plus préparés d'entre nous. Aussi, est-ce avec une certaine appréhension bien justifiable que se présente le médecin face à un être qui à la moindre de ses réactions peut déclencher une agressivité débordante.

Une façon d'éviter tout éclat est de se tenir sur une prudente

réserve, trop prudente même, qui est vite aux yeux du malade un aveu de faiblesse. Se montrer "gentil", aimable, prévenant, risque d'être interprété comme autant d'avances vite sexualisées. Je me souviens d'une malade qui rien que par le fait que son médecin s'était assis à côté d'elle, avait fait un délire d'interprétation à thème érotique. Même le seul fait anodin d'offrir une cigarette à un malade peut être un engagement préjudiciable aux relations thérapeutiques ultérieures.

La réaction opposée est l'abord agressif, qui même s'il ne l'est pas aux yeux du médecin, l'est pour le malade, qui sur la défensive, interprète la convocation au bureau médical comme une attaque. Ainsi, une fois, je reçois dans mon bureau, au Manhattan State Hospital, une malade présentant un état délirant paranoïde. Dès l'entrée de tout malade, on doit lui faire subir un long questionnaire stéréotypé qui a pour but de décrire l'état mental du malade et d'évaluer qualitativement ses possibilités intellectuelles. Ceci étant on ne peut plus traumatisant et en contradiction par sa sècheresse, son caractère inquisiteur, avec les techniques d'interview enseignées dans le même hôpital, qui prônent l'abord progressif du malade mental. Dans la partie test du questionnaire, est une épreuve de lecture qui sert à apprécier la mémoire et la compréhension du sujet.

On fait donc lire une histoire qui est celle d'un cow-boy de l'Arizona qui vient à San-Francisco pour s'acheter des vêtements. Il laisse son chien à des amis et lorsqu'il revient, son chien ne le reconnaît pas. Il est obligé de reprendre ses anciens habits et alors son chien saute de joie et part avec lui.

La malade à qui je fais lire le texte était de caractère très rigide, niait sa maladie (délire de persécution) et n'acceptait pas son hospitalisation. L'entretien avec elle n'avait certes pas pris le tour qu'elle escomptait puisque je la provoquais et essayais de trouver la preuve de sa maladie.

Elle lit donc le texte et lorsque je lui demande de me résumer l'histoire, elle me parle d'un chien qui oblige son maître à changer de vêtements, celui-ci refuse et le chien ne veut pas le reconnaître comme son maître.

Avec d'autres médecins, nous interprétons cette réponse comme une riposte à mon agression. Par mon attitude, j'ai essayé de la dominer. Elle est le chien. Elle essaie de me faire changer de comportement, je refuse, elle ne m'admet pas comme son maître.

Je change donc mon attitude et deviens beaucoup plus conciliant, évitant de la heurter à tout prix. Quelques jours plus tard, saisi d'une inspiration subite, je lui demande si elle se souvient de l'histoire du cow-boy. Elle me dit que oui et me raconte un récit entièrement différent : c'est un maître qui a été obligé d'acheter à son chien des vêtements très brillants. Il en est si fier qu'il ne veut plus reconnaître son maître.

Dans cette nouvelle version nous avons vu le reflet de mon changement d'attitude vis-à-vis de la malade. Elle m'a obligé à lui redonner le respect et la considération. Elle a retrouvé sa personnalité et ne me reconnaît plus comme son maître.

Ainsi s'était réalisée une relation de domination-soumission à double sens et c'est le médecin qui avait été obligé de céder du terrain. Ceci s'avèra d'ailleurs bon pour les relations ultérieures puisque la malade accepta finalement très bien sa maladie et son traitement (ce qui ne veut pas dire qu'une fois sortie elle n'ait pas fait machine arrière). Mais, dans le service, nous avons établi un statu-quo profitable à la malade et donc au médecin.

Un autre exemple d'agression médicale involontaire est le suivant : un malade de 45 ans avait été adressé au service. Il présentait selon lui une sensibilité aux radiations. Trois jours avant la date fixée pour son admission, il était venu inspecter le service pour voir si l'éclairage ne comportait pas de tubes fluorescents. Puis satisfait, il s'était fait hospitaliser. D'emblée, il avait indisposé le personnel infirmier par son caractère paranoïaque. C'était un homme étrange, très grand, rigide dans son allure. Il était porteur de lunettes de son invention, à verres doubles fumés, à bords d'aluminium doublés de plomb. C'était afin d'éviter les radiations ultra-violettes de la lumière solaire. Il me raconta avec force détails son long calvaire. Il était ancien technicien, employé à la Compagnie Générale de radiologie. Il ne s'était jamais marié et vivait seul. Il y a de cela 30 ans, il était devenu sensible aux radiations.

D'abord c'était le seul contact des tubes usagés qui l'incommodait. Cela se traduisait par des démangeaisons de la face. Puis cela s'aggrava, tout ce qui avait été en contact avec les tubes l'irradiait. Un jour, chez lui, il avait senti son visage s'enflammer et il s'était alors aperçu que cela provenait d'une plaque d'aluminium qu'il avait prise à l'usine et apportée chez lui pour bricoler. Il dut la jeter. Par la suite, il fut sensible aux lampes fluorescentes, puis aux rayons solaires, ce qui l'obligea à se fabriquer ses lunettes. Il vit un nombre impressionnant de sommités médicales. Cela intéressa les plus grands professeurs. On voulu le présenter à un Congrès sur les dermatoses. Il écrivit aux U.S.A., en U.R.S.S. Il consulta une trentaine de médecins. Aucun ne put le guérir. Il était d'ailleurs venu une fois dans ce même service, on l'avait traité avec du largactil. Cela l'avait amélioré un temps et il s'était aperçu alors que le largactil pouvait provoquer des réactions allergiques en s'exposant au soleil. Ce traitement était une antinomie. Il l'avait arrêté. Il avait consulté tous les marchands de remèdes, y avait laissé une fortune, en avait perdu sa place et il n'était pas guéri.

J'aurais pu me contenter de ce récit très complet (l'entretien avait duré au moins deux heures) et prescrire des neuroleptiques. Mais sa méfiance vis-à-vis de tous les médecins et de toute thérapeutique me fit ajourner ma décision. D'autre-part, je désirais en savoir davantage et pensais qu'un abord psychothérapique faciliterait l'acceptation de l'hospitalisation, de sa maladie en tant que maladie mentale, et d'une thérapeutique adaptée.

Je le revis donc le lendemain. Nous eûmes à nouveau un très long entretien et je le poussais tant soit peu à entrer dans certains détails concernant sa vie privée. C'est ainsi que j'appris qu'au cours d'un de ses déplacements professionnels, il avait fait connaissance d'une femme dont le mari était soigné dans un sanatorium voisin pour tuberculose pulmonaire très grave. Ils se revirent, se plurent et firent des projets de mariage, attendant la mort de "ce pauvre cher mari". Malheureusement, il n'en fut rien. Le dit mari se rétablit, contre toute espérance et l'amant platonique dut se contenter de devenir "l'ami de la famille". Cependant son sentiment restait intact et le mari avait quelques soupçons ou tout au moins, mon malade "éprouvait une certaine culpabilité à se laisser embrasser par lui comme un ami".

C'est alors que son amante apprit qu'elle était atteinte d'un cancer de l'utérus. Ils consultèrent les meilleurs spécialistes, mais le mal ne fit qu'empirer. On lui mit du radium in utero et il décida de l'emmener en consultation à Paris. Au cours du voyage, ils eurent leurs premières et seules relations sexuelles. Quelques mois plus tard, elle mourut, à Aix les Bains, " le jour de la mort d'Elvire que nous admirions tant ".

A la fin de cet entretien, j'établis un rapprochement entre sa sensibilité aux radiations et les rapports sexuels coupables au cours d'un traitement au radium. Sa maladie avait débuté un an après la mort de sa maîtresse qui l'avait laissé désespéré et "en proie à toutes les débauches de la vie". Était-ce une façon d'expier ses relations coupables ? D'autre-part, ce malade était resté très soumis à un père autoritaire et despotique et très attaché à une mère captatrice. Il n'avait jamais eu de relations sexuelles auparavant. Cette liaison à trois, liaison toute platonique pendant des années, vue d'après la personnalité du sujet, paraissait être de nature homosexuelle, la femme n'étant que le prétexte pour approcher le mari, qu'il continua de voir après la mort de celle-ci. De toutes façons, sa radio-sensibilité gardait un caractère expiatoire.

Je n'entrais pas dans tous ces détails évidemment, mais laissais entendre que sa maladie avait peut-être des racines dans certains traumatismes psychiques de sa vie. Pour lui, il n'y avait aucun problème, il avait une maladie de peau, une allergie.

Le lendemain, il demandait à me voir et à quitter le service sous prétexte d'un mauvais mariage qu'allait réaliser son neveu et qu'il devait absolument empêcher. Je lui dis que je ne pouvais, ni ne voulais le retenir, mais que cela me semblait un prétexte pour fuir et que pourtant son état nécessitait des soins urgents. Aucun argument ne prévalut. Il me demanda s'il pouvait me voir en dehors de l'hôpital. Je lui répondis que cela m'était impossible, mais qu'il pourrait venir dans le service quand il voudrait. Il partit. Le lendemain je recevais une lettre de huit pages me décrivant tous les symptômes qu'il éprouvait et tous les médecins qu'il avait pu voir. Il avait joint une brochure médicale sur l'allergologie. Il me demandait à nouveau de le recevoir lorsqu'il viendrait. Je ne l'ai jamais revu.

Que s'était-il passé ? Eh bien, en voulant trop bien faire, en croyant adopter une attitude psychothérapique, j'avais agressé un sujet qui avait trouvé refuge dans un état psychotique. Par mon entretien trop poussé, j'avais remobilisé ses anciennes angoisses, ses sentiments de culpabilité, peut être mis à jour des tendances homosexuelles. Il n'avait pu le supporter et avait préféré la fuite, tout en gardant une certaine ambivalence à mon égard. Il voulait bien me revoir, sentant confusément que j'avais raison, mais en dehors de l'hôpital. Une fois à l'extérieur, il s'était ressaisi et m'avait par sa lettre et ses livres assenné la preuve qu'il avait bien une maladie organique et pas autre chose.

Peut-être eut-il mieux valu être plus classique et instituer une thérapeutique qui l'eut amélioré ! L'observation eut été moins belle, mais le résultat peut-être plus concret.

Ceci pose le problème de la prise de "l'observation" de tout entrant. Tout d'abord, vouloir obtenir trop d'éléments au cours du premier entretien fausse inévitablement la relation médecin-malade. Cependant, il faut obtenir suffisamment de "renseignements" pour avoir une idée diagnostique et orienter un traitement en conséquence. On est ainsi pris entre deux extrêmes qui risquent d'être préjudiciables au malade comme au médecin. De même, l'examen physique du malade délirant risque d'être mal interprété de la part de celui-ci et considéré comme une sorte de violation de sa personne. Il semble alors assez indiqué que cet examen soit fait par un autre médecin que celui qui suivra le malade du point de vue psychiatrique.

Une autre difficulté réside dans la rédaction de l'observation. Il est impossible d'y relater tout ce que dit le patient. Si le médecin note au fur et à mesure ce qu'il entend, le malade, très souvent méfiant, va se bloquer. S'il ne note rien, de nombreux éléments, importants pour la compréhension psychologique du malade à travers ses concepts ainsi exposés, vont se trouver oubliés et le lien logique ou pseudo-illogique des idées ne se retrouvera plus. Devant ce dilemme, on pense de suite à l'enregistrement intégral sur magnétophone. Celui-ci peut jouer un rôle didactique important pour les étudiants, le personnel soignant. Il peut permettre de repasser une interview et d'en étudier les différentes phases, les fautes psychologiques commises, les idées

du patient et leur enchaînement qui peut paraître irrationnel au premier abord. On obtient un document vivant qui n'a rien laissé passer.

Mais où le problème se complique, c'est lors de l'enregistrement. En effet, on se trouve placé devant ce second problème : enregistrer au vu et au su du malade ou à son insu.

Si on dit au malade que la discussion va être enregistrée, il pourra se trouver bloquer et très opposant, ou au contraire, voudra briller et ne fera que combler les vides. Nous n'aurons donc pas le même enregistrement obtenu si le malade n'avait rien su. Il sera cependant possible d'étudier un aspect de la personnalité du sujet à travers ses réactions, mais les rapports seront faux.

Enregistrer sans que le malade s'en doute serait le meilleur moyen, à condition qu'il n'en sache jamais rien, ce qui est bien difficile à prévoir. Je ne crois pas qu'il faille se sentir culpabilisé par ce stratagème, car nous en utilisons bien d'autres qui ne nous gênent pas (ne serait-ce que de cacher au malade le décès d'un proche sous prétexte qu'il ne le supporterait pas, alors que c'est seulement notre anxiété "de ce qui pourrait arriver" qui nous fait commettre ce "pieux mensonge" ; ne serait-ce que de tenir le malade à l'écart de tout ce qui touche son traitement sous prétexte de sa méconnaissance pharmacologique). Mais nous nous heurtons à des difficultés d'ordre pratique qui risquent de se retourner contre le médecin et d'être pire en conséquences psychologiques que l'enregistrement à "ciel ouvert".

En fait, il semble que ce qui paraît important pour le médecin (et le patient) dans une observation, est un condensé chronologique de faits importants pour l'évolution du malade. Ce que l'on demande à une observation, c'est de relater les faits de manière objective et précise afin qu'un médecin même étranger au service, trouve dans ce dossier les éléments de base essentiels pour la continuité d'une conduite thérapeutique.

A côté de ce document impersonnel, il semble nécessaire d'instituer une sorte de journal de bord et une feuille de comportement individuel, sur lesquels tout membre du service peut relater les faits et dires qui lui paraissent importants pour une compréhension des inter-relations humaines à

l'intérieur du service même.

Une question qui peut paraître à première vue sans grande importance, est celle de la blouse médicale. Le psychiatre doit-il ou non porter une blouse ?

Si un médecin dans un hôpital général est revêtu d'un sarraut, c'est pour une question d'hygiène et de protection au cours de son travail. Le psychiatre lui, soigne l'esprit et ses occupations restent très peu manuelles. Il peut donc se passer d'une blouse ou ne la revêtir que lorsque son travail le nécessite. La question n'est cependant pas aussi simple, car la blouse a revêtu une notion de symbole - la blouse blanche caractérise le médecin. Son sarraut n'est pas le même que celui de l'infirmier. Il permet donc de différencier le médecin du malade, puis le médecin de ses subordonnés. Supprimer ce symbole, c'est supprimer des distances, c'est aussi perdre une protection contre le malade (il en est de même d'ailleurs du bureau médical, qui sert de barrière entre le médecin et les autres).

Dans le service psychiatrique de recherche où j'étais à New-York, nous étions les seuls médecins à porter une blouse uniforme, taillée selon un modèle différent pour les médecins et pour le personnel infirmier. Dans les services, les médecins étaient "en civil". Cela entraînait dans la politique générale du service qui était sur un plan administratif très à part des autres services. C'était perpétuer sur un plan vestimentaire une séparation qui existait sur le plan de direction. Le service de recherche était indépendant financièrement, il devait l'être aussi dans l'habillement.

Les malades eux-mêmes sont habitués à la blouse blanche et n'aiment pas toujours voir le médecin s'en séparer dans ses fonctions. Ils se sentent moins rassurés. Ils ont l'impression qu'ils perdent leur médecin, que celui-ci se désintéresse d'eux et puis la rupture des barrières n'est pas toujours bonne. Le malade se sent placé sur un plan équivoque où il ne sait plus bien où il en est. Il a l'impression que le médecin ne joue plus son rôle et que le sien est mal défini. (De même certains malades sont angoissés s'il n'y a pas de bureau entre eux et le médecin). Pour lui, le médecin en blanc est un être asexué. S'il ôte sa blouse, il redevient homme et alors réapparaissent les problèmes relationnels sexués avec toutes les défenses que cela comporte

pour un tel malade. De père protecteur dévirilisé, il redevient l'homme tout puissant, à la fois convoité et craint. Des angoisses anciennes peuvent resurgir à nouveau. A vouloir trop se rapprocher du malade, on arrive à l'effrayer.

Ainsi, Melle V. déclare au Dr. B. qu'elle aimerait mieux le voir revêtu de sa blouse. Elle présente alors un phantasme : elle est entourée de chirurgiens en blouses blanches (pères castrateurs asexués). Tout le monde s'occupe d'elle (ce qui correspond à son désir, dans le service, d'attirer l'attention sur elle). Les chirurgiens sont gentils. Ils ont un masque (toujours le caractère asexué). Ils lui caressent le front (ils se comportent comme de bons pères et non en hommes).

Le Dr. B. conclut : en fait, cette malade a peur des hommes et c'est pour cela qu'elle préfère le médecin en blouse qui sans doute se transforme en être asexué (ange ?)

C'est encore Melle R. qui reproche à son médecin de ne plus avoir de blouse, en même temps qu'elle constate qu'il ne s'occupe plus d'elle. Elle a l'impression d'avoir perdu son père protecteur et s'en trouve désemparée.

Par contre, la réaction des hommes vis-à-vis de leur médecin femme en civil n'est pas la même. Ils sont plutôt ravis de cet état de fait. A quoi cela tient-il ? Peut-être que dans notre société, ce n'est pas la femme qui fait les avances sexuelles et que les malades hommes se sentent donc en sécurité. C'est à eux de décider sur quel plan ils se placeront vis-à-vis de leur médecin, et non le médecin qui les provoque.

TRANSFERT ET CONTRE TRANSFERT

Nous avons vu dans ces deux observations que le premier abord du médecin et du malade joue un rôle décisif pour la suite de leurs relations. Que le médecin soit tant soit peu agressif et le malade méfiant se tiendra à des distances plus que respectables. Inversement, un accueil trop chaleureux ou trop pressant attirera par trop le patient. Autrement dit, l'attitude de médecin, dès le début, déterminera un transfert positif ou négatif. Et cela parce que le contre-transfert du médecin entre en jeu dès les premières minutes de l'entretien.

Les médecins savent très bien, soit directement, soit indirectement, que certaines malades sont amoureuses d'eux, on le leur dit ou on le leur

fait dire, parce qu'on sait que cela les flattera plus ou moins consciemment, malgré leur usage psychanalytique. Ils savent bien moins lorsque les malades les haïssent, à moins que l'on ne tienne à les agresser directement.

Une malade délirante n'a pas besoin d'intermédiaire pour faire part de ses sentiments qu'elle exprime librement, parfois même par des actes qu'elle jugera par la suite inconcevables.

Au cours de réunions de pavillon qui avaient lieu chaque matin, les malades avaient l'habitude de s'asseoir dans la pièce selon leur attirance ou aversion pour tel ou tel médecin. Chaque fois, il s'agissait de malades vis-à-vis desquelles le médecin n'était pas indifférent. Nous assistions parfois à de véritables déclarations d'amour, telle malade disant : "j'aime le Dr. X", ou bien se sentant culpabilisées par leur transfert déclarant : "certaines malades disent que je suis amoureuse du Dr. X., qu'elles se lèvent et osent le dire en face. Le Dr. X. est le meilleur docteur du monde, je ne peux pas l'aimer puisqu'il est marié".

Parfois aussi il y avait quelques explosions agressives vis-à-vis d'un médecin par trop impersonnel et dur. Le plus souvent d'ailleurs les remarques désagréables étaient proférées lorsque le dit médecin était absent pour éviter une contre-agressivité.

Le médecin et le malade constituent parfois un couple à caractère névrotique.

En effet, le rôle joué par chacun, en rapport étroit avec la relation de domination-soumission, est fonction de la personnalité des deux acteurs. Le médecin par son attitude, son comportement, ses décisions, peut apparaître comme une figure d'autorité, très dominante. Il joue en quelque sorte pour le malade le rôle de père. Ce rôle plus ou moins bien accepté par celui-ci qui revit avec ce médecin paternaliste les mêmes relations oedipiennes qu'il a eu dans son enfance. Le couple père-fils ou père-fille sera reconstitué, le fils ou la fille se révoltant, essayeront de se libérer d'une tutelle opprimente. Le fils et la fille soumis créeront des liens affectifs à type de dépendance, à texture homosexuelle, pour le fils, incestueuse pour la fille.

Si le médecin apparaît au malade comme de type libéral, compréhensif "non autoritaire", les relations seront autres. Le malade homme ou femme de

personnalité homosexuelle passive établira des liens affectifs identificatoires. Le malade à personnalité forte essayera de dominer le médecin par une conduite autoritaire.

C'est ainsi qu'une malade peut avoir avec son médecin homme des relations à forme homosexuelle si la personnalité de celui-ci est faible. Préférer travailler dans un service de malades femmes peut n'être alors qu'un mécanisme de défense du médecin qui voulant par trop prouver sa virilité, ne fait que fuir l'angoisse d'affronter une homosexualité latente possible.

Les mêmes problèmes relationnels se posent lorsque le médecin est une femme. Elle peut faire figure d'une mère autoritaire et castatrice ou avoir avec le malade des relations identificatoires à forme homosexuelles ou incestueuses.

Les relations transfert-contre-transfert n'ont pas toujours une apparence aussi nette. Bien souvent, le malade met le médecin à l'épreuve pour voir jusqu'où il pourra aller dans ses demandes réitérées. Il essaie parfois de développer un contre-transfert positif ; quelquefois même négatif, pour pouvoir dominer la situation, être celui qui décide de ce dont il a besoin et qui par là-même nie le médecin et la maladie pour laquelle il est traité. Il entre alors en lutte sourde contre l'autorité dont le médecin est investi. Celui-ci a tendance à réagir de façon agressive pour sauvegarder sa puissance et il s'établit alors une inter-relation de domination-soumission.

RELATIONS DE DOMINATION-SOUMISSION

Ce sont les inter-relations personnelles les plus fréquentes dans un service de psychiatrie. En effet, le malade se trouve de par son placement et sa maladie en position d'infériorité, de dominé.

Cette domination est symbolisée par le médecin qui impose l'hospitalisation, institue un traitement et a le pouvoir absolu sur le malade. Celui-ci tient à sauvegarder l'intégrité de sa personne et se rebelle. Bien souvent il refuse sa thérapeutique, ce qui est une façon de nier sa maladie et donc le médecin. Ou bien, lorsqu'il tire des bénéfices secondaires de son hospitalisation, il justifie celle-ci par un comportement adéquat et accepte une thérapeu-

tique à la seule condition d'en faire lui même la prescription.

Melle B. est une illustration de ce cas. Elle entretient avec les médecins des relations sado-masochiques depuis des années, et voici un des multiples épisodes :

Le 28 septembre : Melle B. est dans le couloir en compagnie de Melle R. Lorsque je sors du bureau, elle déclare à haute voix que l'interne ne fait pas son travail, qu'il ne parle jamais aux malades, qu'il ne leur dit même pas bonjour. Melle R. debout à ses côtés ne dit rien, mais l'approuve implicitement.

Le 29 : Je constate devant Mme D. (infirmière-chef) que j'ai été agressé hier par Melle B. Elle me confirme que cette dernière lui a fait les mêmes plaintes à mon sujet. Elle est, paraît-il angoissée et tremble légèrement. Mme D. me conseille de la voir. Je suis du même avis, d'autant plus que m'étant senti accusé, j'ai besoin de me justifier (à mes propres yeux).

Je convoque donc la malade dans le bureau "psychothérapique" et lui demande si elle a quelque requête à adresser au médecin. Je lui dis qu'elle a été bien agressive à mon égard et que si elle a besoin du concours de l'équipe médicale, elle peut très bien le demander d'une manière plus directe. Elle s'excuse, mais c'est toujours sa façon d'agir. Elle me dit alors que son neveu est venu et lui a dit qu'il n'était plus opposé à son départ du service pour l'hospice d'Albigny. Alors, elle voudrait que cela se fasse, car elle ne veut plus rester dans ce service avec toutes ces "malades". Elle ne peut passer toute sa vie à l'hôpital psychiatrique. Je lui dis que l'hospice n'est pas l'idéal non plus, qu'il y a là des personnes âgées et même des anciennes malades du Vinatier. Elle trouve que c'est tout de même mieux que de rester ici. Je la quitte donc en lui promettant d'en parler au Dr. B.

Je consulte alors le dossier et trouve que quelques mois plus tôt le Dr. B. lui avait proposé de partir pour Albigny. Il lui avait présenté cela comme une promotion, un avancement vers l'état adulte. En contre-partie, cela devait s'accompagner d'un arrêt thérapeutique qui n'avait jamais pu être obtenu dans le service en raison de son anxiété, qui disparaissait avec l'aide d'un placebo.

Le 30 : je parle de cela au Dr. B. qui constate qu'il ne voit guère Melle B. quitter le pavillon, peut-être d'ailleurs par simple anxiété de sa part.

Le 1er octobre : Melle B. n'a pas dormi de la nuit. Hier soir, une infirmière (qui a été récemment blâmée par le chef du service) lui a donné sa bouteille de potion de Largactil qui ne lui était habituellement pas confiée. En effet, on ne voulait pas que la malade apprenne que la dose avait été réduite de 350 à 300 mg (tentative secrète de sevrage). Elle a aussitôt protesté en disant qu'elle ne pourrait pas dormir, et de fait, elle a chanté des chansons asilaires, d'abord dans sa chambre, puis sur plainte de ses compagnes, dans le couloir.

Le 2 : Je convoque Melle B. et lui déclare qu'elle se conduit comme un enfant. Elle s'est refusée à dormir uniquement par dépit, lorsqu'elle s'est aperçue qu'elle n'avait pas la dose de Largactil qu'elle pensait. Cette potion avait été

diminuée depuis le 15 mai (une infirmière lui avait montré sa feuille de traitement pour la convaincre de ce fait) et ne le sachant pas, elle avait très bien dormi jusqu'alors. Elle se met à pleurer, disant que je la gronde parce qu'elle a chanté toute la nuit, mais qu'elle ne pouvait réellement pas dormir, car elle est anxieuse depuis plusieurs jours. Je lui concède que cette anxiété me paraît réelle et qu'elle semble avoir quelque rapport avec la visite de son neveu. Elle ne répond pas. Je lui dis que j'ai l'impression qu'elle a peur de quitter l'hôpital et qu'il ne faut pas qu'elle le cache si cela est réel. Elle éclate alors en sanglots et s'emporte en déclarant qu'évidemment elle ne veut pas partir, qu'il y a trop de temps qu'elle est hospitalisée et qu'elle ne pourra pas s'habituer ailleurs. Je la rassure en lui disant que c'est elle qui a parlé d'Albigny et que nous n'y pensions pas. Elle me quitte en se plaignant de son anxiété qui va l'empêcher de dormir cette nuit : il faut lui donner quelque chose.

Pendant la réunion médicale qui suit l'entretien, la malade se tient dans le couloir et chante à haute voix. L'infirmière cheftaine me dit qu'elle va aller lui parler. Nous décidons alors de lui donner un placebo pendant 8 jours. Je lui explique qu'elle va avoir quelque chose pour dormir, pendant une semaine, afin de calmer son anxiété due au fait qu'elle pensait être envoyée à Albigny. Elle accepte en disant : " vous allez me donner un placebo ? " Etonné, je lui demande pourquoi et je m'aperçois qu'elle pense qu'un placebo est réellement un comprimé pour dormir.

Le 3 : Melle B. n'a pas bien dormi cette nuit encore ; il est vrai qu'elle s'était couchée habillée sur son lit. Dans la matinée, elle se prend de querelle avec Melle R. qui depuis quelques jours est à la recherche d'un conflit avec le personnel médical. Melle B. lui déclare qu'elle en a assez de l'entendre, qu'elle n'a déjà pas dormi de la nuit et qu'elle est fatiguée. Melle R. lui saute alors dessus, lui arrache les cheveux et la mord au bras et à la main. Les infirmières sont obligées d'intervenir et finalement attachent Melle R. sur son lit. Dans l'après-midi, Melle B. vient me montrer ses blessures et me confirme qu'elle n'a pas dormi. Je fais peu de cas d'elle et lui dit qu'elle dormira certainement mieux cette nuit.

Le 4 : Le journal des infirmières rapporte que Melle B. a bien essayé de veiller, mais qu'épuisée, elle s'est endormie de suite.

Le 8 : Melle B. signale ne pas avoir dormi la nuit passée. Elle me le dit dans la matinée. Je réalise de suite que le placebo doit être arrêté demain et qu'elle essaie de le faire prolonger. Je lui dis que ce doit être seulement l'appréhension qu'elle éprouve à l'idée qu'elle pourrait ne plus dormir. Elle m'approuve.

Le 10 : Malgré l'arrêt du placebo, Melle B. dort.

Le 15 : J'avais bien tort de crier victoire, Melle B. s'est agitée hier après-midi. Elle a cassé quelques assiettes au réfectoire. Finalement, les infirmières lui ont mis la camisole. Je vais la voir, elle supplie qu'on la détache. Je lui dis qu'elle s'est comportée comme une grande malade et que si elle se juge ainsi, je lui propose un traitement plus efficace avec injections intramusculaires de Largactil. Elle l'accepte.

Le 20 : Elle demande l'arrêt des injections qui lui font mal. Je lui propose une potion. Elle discute la posologie, il lui faut au moins 300 mg. Je lui échange le Largactil contre du Nozinan plus un placebo. Pour me gratifier, elle me copiera les chansons asilaires, ce qui est encore une façon de m'agresser.

Le 24 : Melle B. observe un mutisme farouche depuis trois jours. Ne se plaint de rien, dit même qu'elle dort. Se sent-elle coupable d'avoir publié ses chansons ?

Le 25 : Toute souriante, elle me déclare très bien dormir avec le comprimé. Elle a même essayé de ne pas prendre sa potion et a dormi. Elle me demande sa suppression. J'acquiesce, très heureux, mais les infirmières tempèrent ma joie et me disent qu'elle se prépare ainsi une raison de s'agiter (peut-être en rapport avec le retour possible du chef de service lundi), afin de montrer combien elle a été mal soignée pendant son absence, ce qui est à la fois une gratification et un reproche agressif, celui de l'avoir abandonnée.

Le 27 : Dans l'après-midi, Melle B. s'est agitée, a essayé de provoquer tout le monde, a chanté à haute voix toute la nuit, bien qu'elle ait reçu Eunoctal, Imménoctal et Phénergan.

Le 28 : Même comportement, ce qui lui vaut de boire sa potion de la veille, plus celle du jour avec encore quelques comprimés en gratification.

Le 29 : Elle vient tout en larmes se plaindre de la méchanceté des infirmières qui ne s'occupent pas d'elle. Celles-ci, après un tel week-end sont en effet excédées et ne lui ont pas porté attention ce matin. On décide de repousser le problème par une cure de sommeil.

Ainsi cette malade tire des bénéfices secondaires de son hospitalisation, tels qu'elle doit justifier son séjour par une thérapeutique de cheval. Mais accepter une thérapeutique, c'est reconnaître qu'elle est malade, en état d'infériorité, sous la domination du médecin. Elle essaie donc de court-circuiter celui-ci en lui imposant une ordonnance de son choix. Toutes les tentatives du médecin pour garder le contrôle se heurtent à son agressivité. Sous une apparence d'opprimée, c'est en fait elle qui domine. Elle veut castrer le médecin, substitut paternel.

Melle P. est un autre exemple de malade qui croit devoir justifier sa présence à l'hôpital psychiatrique par une maladie. Ainsi, lorsqu'elle sort en permission, il lui arrive de revenir, ou de se faire ramener, dans un état d'ébriété incontestable. Le chef du service prend habituellement une sanction : un mois sans sortie.

Dernièrement, elle a récidivé. En réunion d'équipe il est décidé d'adopter une attitude différente. Le médecin-assistant reçoit Melle P. et lui déclare qu'il ne veut pas prendre la responsabilité de ses sorties par trop ébrieuses et qu'à la nouvelle incartade il la place en maison de retraite.

Autrement dit : " Si vous continuez de faire la folle, on vous met à la porte de l'hôpital". L'effet a été surprenant : Melle P. a si peur de sortir qu'elle se retient de boire.

La relation sado-masochiste ainsi établie semble plus efficace que la précédente.

Il n'en est pas de même avec Melle F. Elle a 19 ans, est considérée comme épileptique caractérielle. Dernièrement, elle s'est énervée, une malade lui a fait une remarque désobligeante, elle s'est jetée dessus, lui a tordu le poignet, s'est acharnée sur elle. En réunion d'équipe il est décidé de la punir.

Elle est convoquée et on lui demande d'accepter une punition ou d'être transférée dans un service fermé. La punition consistera à être considérée comme toutes les autres malades, c'est-à-dire de coucher au dortoir et non à l'infirmerie, de prendre ses repas au réfectoire avec les autres et d'aller travailler à la lingerie. Elle refuse, puis le lendemain accepte (pour ne pas être mise en service fermé). Pendant quelques jours tout semble aller pour le mieux. Mais, elle essaie rapidement de regagner les avantages perdus. Tout d'abord, elle se fait accorder par les infirmières une permission pour "le club des jeunes", puis demande à ce que sa meilleure amie travaille avec elle (le travail dans ces conditions ne devenant plus punition), veut la permission de danser les samedis et dimanches et de rendre visite à d'autres amies caractérielles dans un service proche. Le médecin oppose un refus formel et ne lui accordera quelque chose que si cela va dans le sens de sa resocialisation. Finalement, elle se fait renvoyer de son travail en prenant une crise, qui, après renseignements, n'a rien d'épileptique. Enfin, elle essaie de recoucher à l'infirmerie en proposant au médecin un soit-disant oedème des membres inférieurs. Il faut un nouveau raidissement du chef de service pour tout remettre en ordre. Elle se fait alors accorder par l'interne une potion à titre de gratification et de justification à son comportement.

Le comportement de Melle F. est dicté, comme celui de beaucoup d'autres caractérielles, par le fait qu'aucun plan précis n'est prévu pour elles. Et c'est d'ailleurs parce qu'il a été impossible d'établir de tels plans à l'extérieur qu'elles se sont retrouvées à l'hôpital psychiatrique. Elles y tournent en rond et rappellent leur existence au médecin par des comportements agressifs. Elles demandent à ce qu'on s'occupe d'elles, mais ne proposent rien d'elles-mêmes pour sortir de cette situation. Elles sont en état de dépendance, en tirent des bénéfices et d'autre-part, se rebellent contre cette domination qui leur est imposée par la société. Elles projettent alors leurs conflits internes sur la petite société qui les entoure et ainsi s'établit un cercle vicieux de relations sado-masochistes.

LE MEDECIN, LE MALADE ET LA THERAPEUTIQUE

La thérapeutique, dans son sens le plus large, est ce qui sert de lien entre le malade et le médecin. Mais ce lien interhumain n'est pas toujours dégagé de toute affectivité et participe à la relation névrotique du médecin et du malade. Nous avons vu que refuser cette thérapeutique c'était pour certains patients surtout paranoïdes, refuser la domination. Nombre de ces malades, une fois à l'extérieur, rechutent parce qu'ils ne prennent pas leurs médicaments. Ils ne les prennent pas car pour eux cela serait admettre de rester malade, alors qu'ils se sentent guéris. Ce serait admettre de rester toute leur vie en état d'infériorité alors que bien souvent leur personnalité est faite de domination et que chaque jour ils peuvent faire la preuve de leur force retrouvée, bien souvent aux dépens d'un conjoint ou d'un membre familial dominé. Si dans le service, ils acceptent la domination médicale, c'est parce qu'ils savent que leur liberté en dépend ; aussitôt celle-ci retrouvée, la personnalité de base reprend le dessus et domine à son tour. Ils oublient leurs expériences précédentes et recommencent un nouveau cycle qui les verra revenir à l'hôpital psychiatrique.

Mme M. est un exemple de ce refus d'accepter sa maladie. Elle a été internée d'office quatre fois, pour un état délirant avec idées de persécution. Chaque fois qu'elle est sortie, elle n'a pas suivi son traitement et n'est pas revenue en consultation : " pourquoi serais-je revenue puisque je n'étais plus malade ?".

Actuellement, elle est à nouveau hospitalisée. Elle nie sa maladie. Elle déclare : " c'est chaque fois la même chose, on vient me prendre à mon travail, on me fait perdre ma place ". Elle refuse son traitement. Elle a refusé de signer son auto-placement : " signer, ce serait signer mon internement à vie ". Elle refuse de signer la feuille de paie de l'ergothérapie, elle n'accepte pas l'argent qu'elle gagne. Elle réclame sa sortie. Le médecin lui a dit qu'elle pourrait sortir quand elle voudrait à condition qu'elle signe l'engagement de suivre un traitement. Elle refuse. Pour elle, toute signature équivalait à reconnaître qu'elle est et a été malade.

De tels malades refusent fréquemment leur traitement (il y a d'ailleurs très souvent à la base de cela des idées d'empoisonnement). Ils se plaignent dès le moindre effet secondaire et prennent cela comme raison valable de leur refus.

Dans un service de recherche médicale, des malades avaient épinglé

au tableau d'affichage un article découpé dans un journal qui déclarait en substance que certains médicaments provoquaient de nouvelles maladies et que "lorsque cela était compris, on pouvait y remédier en ajoutant ou retirant ces produits ". C'était "afficher" leur agressivité à l'égard de la thérapeutique en général et de la recherche en particulier.

Mais la thérapeutique est aussi le reflet de la personnalité du médecin. D'abord cela se trouve dans son orientation professionnelle. Devenir psychiatre pour certains, c'est, ou plutôt, c'était, se diriger dans une branche où les résultats étant bien maigres, on pouvait se complaire dans des problèmes philosophiques qui, s'ils n'apportaient rien de plus aux malades, ne leur enlevaient rien non plus. On ne pouvait se voir reprocher une non guérison, puisque celle-ci restait du domaine de l'impossible. L'apport de thérapeutiques nouvelles et actives a transposé le problème sans le changer foncièrement. Il existe actuellement deux tendances qui peuvent se compléter harmonieusement, mais qui parfois tombent dans les extrêmes. En effet, il semble tout aussi dangereux de s'orienter vers une psychiatrie exclusivement organique que vers une psychiatrie exclusivement psychologique.

Voir dans le malade uniquement le malade, c'est aliéner en lui une partie de sa personnalité ; c'est ne pas le reconnaître en tant qu'être humain semblable à celui qui le soigne. Et c'est le danger de l'expérimentation mal comprise qui sous couvert d'un pseudo-scientisme nie l'existence d'un être humain. J'en ai fait **récemment** l'expérience dans un service psychiatrique américain, où certains protocoles d'expérimentation n'étaient pas dignes d'avoir été conçus par et pour des êtres humains. Ainsi en témoigne celui préparé pour "un modificateur sélectif des états d'anxiété", dont le but sera de "déterminer son activité dans des états psychotiques aigus et chroniques ". Etant donné que ce médicament est très peu connu au point de vue de son activité " il sera essayé au hasard des admissions et sur les malades n'ayant pas répondu aux autres drogues ". Des informations seront retenues concernant les doses utilisées, la dose moyenne efficace, ses effets secondaires, sa toxicité, les indications et contre-indications. Les malades sélectionnées seront laissées sans médicaments pendant 5 jours ". " Elles seront traitées pendant approximativement 30 jours. La seule contre-indication sera une aggravation de symptômes

incontrôlables " (?).

Ainsi, un produit ayant une portée limitée à l'anxiété était utilisé sur des malades psychotiques. Ces malades venaient toutes d'un service d'admission où elles avaient déjà reçu un traitement depuis quelques jours et certaines commençaient à s'améliorer. On les laissait dans le service cinq jours et souvent jusqu'à 15 jours sans thérapeutique, ce qui les faisait rechuter ou les aggravait terriblement, puis le produit en question était employé pendant un mois, pratiquement toujours avec un effet nul, sur des schizophrènes paranoïdes dont on essayait de calmer l'anxiété au lieu de réduire l'agitation psychomotrice.

Autre protocole pour un anti-parkinsonien dans lequel il était précisé : "tous les malades recevant un médicament anti-psychotique qui présentaient des effets secondaires et recevaient un agent anti-parkinsonien, verront celui-ci arrêté jusqu'à réapparition des symptômes. ".

Belle médecine qui consiste à faire rechuter des malades pour expérimenter un nouveau produit.

Et je citerai encore les défilés hebdomadaires de malades devant un aréopage médical dont le seul contact humain était de rechercher "une roue dentée". Il fallait rester sourd à toute sollicitation exprimant une angoisse profonde, offrant des effets secondaires impressionnants ou des états délirants dignes des anciens asiles.

La thérapeutique, c'est aussi un moyen de fuir le malade. Il est si aisé et tentant de dire à une infirmière qui se plaint d'une malade : "augmentez le Largactil, doublez les doses..." ou de repousser une malade qui offre une symptomatologie répétée qui n'est que son seul moyen d'approche du "docteur", en la gratifiant d'un fortifiant ou somnifère quelconque. Mais cela peut aller plus loin et l'emploi de thérapeutiques psychologiques peut être aussi une fuite. Ainsi on envoie une malade qui pose des problèmes en psychothérapie de groupe, ou on la confie à un confrère " en individuelle ".

Une thérapeutique demande à être posée en fonction des besoins réels du malade et non en fonction des problèmes de l'équipe médicale. On n'envoie pas une malade en psychothérapie comme on le fait pour des électrochocs. Chaque thérapeutique a ses indications et ses contre-indications.

La tendance actuelle devant un échec thérapeutique médicamenteux est de dire : il faudrait faire de la psychothérapie. En fait, on ne veut pas constater son impuissance, on préfère rejeter l'échec sur un autre, ou se consoler en disant : c'est de la faute à la société qui est si mal faite.

L'autre extrême est de ne plus voir dans le malade, un malade. C'est entreprendre avec lui des relations où l'on essaie d'exclure toute agressivité, tout au moins en apparence. On en est réduit aux conversations mondaines et une fois de plus on fuit les vrais problèmes. La thérapeutique médicamenteuse passe en arrière-plan et sous prétexte de non agression thérapeutique, les malades ne sont plus traités. On les entretient dans leur chronicité où tous les problèmes sont exclus puisqu'ils appartiennent au domaine de la psychose.

Guérir un malade, c'est prendre des risques. Car il faut bien, un jour, décider de sa sortie et c'est là qu'apparaît le spectre de la rechute, avec toutes les conséquences possibles ou imprévisibles. Il est bien tentant de conserver ses malades, mais pour cela, il faut qu'ils restent malades ou qu'ils tirent des profits tels de leur hospitalisation qu'ils ne veuillent plus du monde extérieur.

La prescription d'un médicament, c'est aussi le reflet de l'état d'âme du médecin. Il n'est que de suivre une feuille de traitement pour juger de la personnalité du prescripteur. Il y a le rigide, qui ne se trompe jamais et reste fixé indéfiniment sur le même médicament ; il y a aussi l'anxieux, qui change tous les jours quelque chose, sans en attendre les effets. Il donne un anxiolytique, mais en fait ce n'est que pour calmer sa propre anxiété.

LE MALADE ET SES MEDECINS

Ce sont en effet les différences dans la personnalité des médecins qui vont amener certaines difficultés d'intégration de ces médecins à l'intérieur d'un même service où ils ont à jouer des rôles similaires, mais à des niveaux hiérarchiques différents. Le malade est alors impliqué dans ces inter-relations compliquées qui le dépassent ou dont il essaie de tirer un bénéfice narcissique.

Dans un service hospitalier général, ces problèmes ne se posent pas de manière aussi apparente qu'en psychiatrie. En effet, la structure d'un tel service est hiérarchisée et chacun a à jouer un rôle dans des limites assez bien définies. Le malade y trouve assez bien son compte, car bien que les relations restent un peu trop impersonnelles, il est plutôt rassuré par la rigidité du système qui ne laisse pas de prise à la démagogie. En psychiatrie, ce système hiérarchique a été reconduit, mais son application s'avère difficile. En effet, dès l'entrée du malade, il s'établit avec le premier médecin qui le voit (que ce soit l'interne, l'assistant, le chef de clinique ou le chef de service), une relation médecin-malade qui ne souffre guère l'intrusion de tierces personnes. Le malade est en général assez déconcerté, lorsqu'après s'être confié à un médecin, on lui demande de recommencer son histoire une deuxième fois, parfois une troisième. Il pense alors que le premier ne valait pas les honneurs de sa confiance, puisque ce n'est pas lui le "vrai médecin en chef du service". Et puis, la deuxième ou troisième histoire n'aura plus la même sincérité que la première.

Je me souviens d'une malade mélancolique que l'on avait présentée plusieurs fois à des médecins-résidents, puis à des étudiants (aux U.S.A., la mélancolie est une rareté). Elle était réellement furieuse, car on lui faisait toujours raconter la même chose et personne ne la guérissait ; ce n'était pas la peine de voir tant de médecins, un seul lui suffisait.

Et de fait, en psychiatrie, le malade ne ressent le besoin que d'un seul médecin traitant. Au cours du premier entretien, il aura posé des questions lui aussi, auxquelles le médecin aura répondu. Il posera les mêmes questions au deuxième médecin pour être encore plus rassuré. Les réponses ne seront pas forcément les mêmes, ce qui amènera une certaine confusion de pensée.

Un service psychiatrique en France ne comprend bien souvent qu'un seul médecin. Lorsque s'introduit un deuxième élément médical (l'interne), puis un troisième (l'assistant), enfin parfois des chefs de clinique, les interrelations se compliquent.

Le rôle de l'interne est codifié par un statut, mais les qualités de ses attributions et fonctions restent assez vagues : il doit assister le médecin-chef de service ou son assistant pendant la durée de sa visite, rédiger

les observations, donner les soins qui ne pourraient être confiés au personnel infirmier, exécuter les instructions de son médecin-chef ou assistant. En leur absence, donner les ordres nécessaires à la bonne marche du service.

Le rôle de l'assistant est de se substituer au médecin-chef dans les affaires courantes du service.

Aux U.S.A., l'interne n'existe pas. Après avoir terminé ses études médicales, le médecin s'il décide de se spécialiser, devient alors résident dans un hôpital. Il accomplit 3 années de service en psychiatrie et reçoit un enseignement de base. Son rôle est fonction de ses connaissances acquises. En première année, il apprend la technique de l'interview du malade, la rédaction de l'observation classique, les bases de la psychiatrie et de la psychanalyse. En deuxième année, il a à prendre en charge une malade en psychothérapie individuelle avec contrôle pendant un an. Il a des consultations et prépare les sorties des malades. Enfin en troisième année, il devient plus administratif et dirige un service sous contrôle d'un médecin-chef qui supervise plusieurs services. Ainsi les responsabilités sont progressives et suivent l'enseignement reçu. La mise en pratique n'est d'ailleurs pas toujours une réussite en raison du grand nombre de malade, du manque de médecins-chefs, des contrôles insuffisants et de l'étouffement administratif.

En fait tous les statuts possibles ne peuvent éviter les inter-relations médicales et les conflits : en voici un exemple : j'avais en charge une malade hospitalisée depuis 32 ans. Elle recevait un neuroleptique et un anti-parkinsonnien et était tant bien que mal équilibrée. Un jour nous eûmes à expérimenter un nouvel agent anti-parkinsonnien. Elle fut choisie et la kénadrine qu'elle recevait jusqu'alors fut arrêtée et on commença le nouveau produit qui devait d'ailleurs s'avérer à l'expérience sans effet.

Elle ne tarda pas à reprendre les effets secondaires qu'elle présentait auparavant, c'est-à-dire une instabilité motrice importante. Le médecin-chef de service estima qu'il s'agissait d'une rechute schizophrénique et après une augmentation des doses ordonna un arrêt thérapeutique brutal, qui d'après lui pouvait apporter une guérison. La malade fit alors réellement une rechute. Un résident du service lui fit faire une injection de cogentine intra-musculaire

ce qui lui donna des effets secondaires à type de nausées et vomissements. Le médecin-chef la transféra alors dans un service médical pour un bilan qui s'avéra négatif. Tout cela ne paraît être qu'une série d'erreurs d'appréciation des symptômes présentés. En réalité, ce n'était que le reflet du manque de coopération du chef de service et de moi-même. Hostile au principe d'arrêter un anti-parkinsonnien à une malade équilibrée, je m'étais refusé à collaborer à l'expérimentation. Par la suite le médecin-chef me reprocha de ne pas être intervenu lors de la recrudescence de la malade. Et moi, je lui reprochais d'être intervenu dans le traitement dont j'avais la charge sans m'en parler auparavant. C'était la malade qui avait fait les frais de notre querelle.

La plupart des conflits souvent latents qui surgissent dans une équipe médicale, viennent en fait le plus souvent d'une rivalité de personne plus que d'opinion ou de doctrine. Les dites opinions ou doctrines n'étant que des prétextes à une lutte qui ne veut pas s'avouer. En fait, il s'agit de la non acceptation d'une autorité qui vous met en état de dépendance. On revit à l'intérieur de ce conflit le même conflit qui vous a opposé à celui qui faisait figure d'autorité durant votre enfance. Il y a deux issues opposées : la soumission passive ou l'opposition brutale. Entre ces deux attitudes franches et extrêmes existe toute une gamme intermédiaire faite de pseudo-soumissions, d'agressivité rentrée, déguisée ou déviée.

Ce conflit dépend évidemment de la personnalité des deux antagonistes en présence. Celui qui est investi de la puissance d'autorité ne sera vraiment ressenti comme dominant ou opprimant que si son comportement est tel que le subordonné se sente dominé, opprimé et si sa personnalité est telle qu'il ressent toute domination hiérarchique comme dominante.

En fait, le conflit cité plus haut n'était pas au niveau de l'expérimentation, mais résidait dans l'opposition de deux personnalités. C'était un conflit de rivalité et l'occasion de l'expérimentation mal comprise était une arme idéale pour désarmer l'adversaire.

Le malade lui-même entre bien souvent en scène pour susciter des rivalités dont il profitera. Il divise pour régner. Que de fois un patient se fait octroyer par un médecin une faveur refusée par un autre. Je citerai à

nouveau une observation qui montre comment un médecin peut être manoeuvré par un malade.

Alors que j'étais interne dans un service, j'avais reçu une jeune fille qui avait eu de multiples traitements pour un état schizophrénique "border-line". Après un mois d'observation, il fut décidé de l'envoyer en psychothérapie de groupe. Je quittais le service peu après elle et allais prendre mes fonctions dans un autre pavillon où se tenaient deux fois par semaines les réunions de groupe. Je fus donc amené à rencontrer mon ancienne malade, qui prit l'habitude de me rendre visite après chaque séance. Au bout d'un certain nombre de fois, la malade restant de plus en plus longtemps avec moi, j'en avertis le psychothérapeute qui m'encouragea à continuer, sans toutefois répondre à ma demande de contrôle (sans doute parce que la malade n'était pas du service). Elle continua à venir me voir, arrivant de plus en plus en retard au groupe. A ce moment là, elle était suivie par cinq médecins : dans son service par le médecin-assistant, le chef de clinique et l'interne ; à l'extérieur par le psychothérapeute et moi-même. Je ne compte pas le médecin de famille et le psychiatre qui l'avait adressée à l'hôpital. C'est alors que je décidais la famille à la reprendre chez elle; elle ne revenait à l'hôpital que pour le groupe et en consultation dans son service une fois par mois. Je changeais à nouveau de pavillon et la patiente me suivit. Elle arrivait à la séance de psychothérapie de groupe si en retard qu'elle n'y assistait pratiquement plus. Finalement, elle cessa d'y aller complètement et me fit entériner le fait auprès de la famille. Puis bientôt ce furent les consultations mensuelles qui furent espacées, jusqu'au jour où elle les stoppa, me faisant encore approuver le fait accompli.

Des cinq médecins du départ, il ne restait plus que moi. Je pouvais dire que c'était la malade qui avait choisi, mais je dois reconnaître que plus ou moins consciemment je l'avais aidée dans son choix et m'estimais satisfait d'avoir éliminé mes rivaux.

Ce problème de rivalité médicale se posera toujours, avec plus ou moins d'acuité, lorsque plusieurs médecins, investis de charges différentes, auront à intervenir auprès d'un malade. Ainsi, si l'un d'eux " suit " un patient en psychothérapie, quelle que soit sa position hiérarchique dans l'équipe, il

ne pourra intervenir en aucune façon dans les décisions de police à l'intérieur du service. En effet, on ne peut être à la fois chef de service et psychothérapeute vis-à-vis d'une même personne. Ces deux rôles doivent être dissociés. Celui^à qui a été dévolu le rôle de thérapeute, n'aura évidemment pas la même attitude vis-à-vis du malade que celui qui doit assurer la direction du service. Le premier adoptera le principe de neutralité bienveillante, le deuxième ayant à maintenir une cohésion et se heurtant journellement à des problèmes pratiques réclamant des solutions efficaces et bon marché, aura plutôt tendance à exercer un certain autoritarisme qui sera assez mal ressenti par ceux qui auront à le supporter. Le malade verra dans la neutralité du psychothérapeute un soutien personnel et ne manquera pas au cours des séances de libérer son agressivité accumulée contre la figure autoritaire cherchant plus ou moins consciemment une approbation et un allié. S'il n'existe pas une étroite collaboration et une mutuelle compréhension entre les deux médecins, le patient aura vite fait d'élargir la brèche et de créer de nouveaux conflits à l'intérieur du service. C'est en raison de l'hostilité amassée contre lui que le chef de service a un rôle ingrat à jouer. Il est, aux yeux du malade, celui qui punit. Alors que le psychothérapeute est celui qui comprend. Devant cette situation par trop frustrante, il est bon d'échanger les rôles, le père autoritaire et craint devenant à son tour psychothérapeute, le psychothérapeute assurant alors la fonction d'autorité.

Il semble même qu'il serait bon qu'un chef de service ait une fonction psychothérapeutique, non pas à l'intérieur de son propre service, mais dans celui d'un confrère, l'échange étant réciproque.

C'est en raison de la dualité des rôles et des conflits qui peuvent en résulter, que la venue d'un nouveau médecin dans un service pose des problèmes d'intégration.

Nous avons alors à faire à un phénomène de groupe qui montre l'ambivalence manifestée à l'égard de tout individu venant de l'extérieur, qui essaie de s'insérer dans une communauté. Le groupe qui le reçoit est méfiant car tout ce qui est nouveau peut apporter une perturbation, remettre en question des structures et une politique commune qui étaient rassurantes pour tous. L'individu qui veut se faire accepter comme membre du groupe doit "montrer patte

blanche" et se soumettre aux impératifs du service. Ce n'est que lorsqu'il aura "fait ses preuves" qu'il lui sera accordé plus de liberté et que lui-même pourra plus librement exprimer sa personnalité.

Si le nouveau membre de l'équipe médicale veut dès son arriver imposer ses vues, ses méthodes personnelles, il sera vite considéré comme un intrus, un démolisseur et le groupe le rejettera ou essayera de le soumettre à la politique commune jusqu'alors suivie. S'il n'accepte pas cette domination, les conflits seront alors aigüés et ce, bien souvent au détriment de tout un service, y compris des malades.

Ainsi il apparaît comme très important qu'une équipe médicale ne soit constituée et ne choisisse ses membres qu'en fonction d'une politique générale identique et admise réellement par tous. On conçoit qu'un chef de service préfère choisir ses adjoints plutôt que de se les voir attribuer. Il arrive ainsi à une meilleure cohésion dans son équipe médicale. (A ce sujet, on peut souhaiter une plus ample et plus étroite collaboration entre le service psychiatrique et les services avec lesquels il collabore. Ainsi, un pharmacien ne peut comprendre la nécessité d'examen biologiques que s'il est tenu au courant de leur utilité. La meilleure façon est de l'inclure dans l'équipe médicale et de le faire participer aux discussions au sein des réunions d'équipe).

Mais ces problèmes de collaboration ne se posent pas uniquement à l'intérieur d'un service, ni entre plusieurs services. Les échanges de l'hôpital psychiatrique avec les autres hôpitaux sont de plus en plus larges et manquent bien souvent de coordination. Il semble souvent exister un immense fossé entre la médecine des hôpitaux généraux et celle des hôpitaux psychiatriques.

Pour les médecins de l'extérieur, l'hôpital psychiatrique reste encore trop l'asile et leur méconnaissance de la neuropsychiatrie leur fait adopter une attitude un peu méprisante qui n'est en fait qu'une défense contre leur malaise vis-à-vis du malade mental. Je me souviens d'une réflexion qui pouvait passer pour amusante mais qui n'était qu'une agressivité déguisée. A une séance de présentation de cas médicaux, un service de neuro-psychiatrie avait présenté l'enregistrement au magnétophone d'une aphasie de Wernicke. Le lendemain, un chirurgien ironisait en disant : " ces psychiatres, quels

plaisantins, ils font même parler les aphasiques..."

Il persiste à l'hôpital général une hantise du malade agité et lorsque l'on veut envoyer un malade mental dans un service général, on sent la peur de la perturbation qui peut résulter de l'acceptation d'un tel malade. Invariablement vient la question : " est-il calme ? ". De même lorsqu'il s'agit de rendre à un service, après guérison, un malade passé pour agitation, on se heurte à une opposition passive souvent difficile à vaincre. Si bien que dans chaque service on peut trouver un malade qui est soigné pour une maladie organique alors que son trouble mental est équilibré. Que de vieillards cancéreux meurent paisiblement à l'hôpital psychiatrique !

Il faudrait multiplier les échanges entre hôpitaux. Des consultations psychiatriques dans des services d'hôpitaux généraux seraient un pont indispensable. Elles éviteraient bien souvent le transfert à l'hôpital psychiatrique de malades qui pourraient être équilibrés sur place et qui seraient mieux soignés dans des services spécialisés qu'à l'hôpital psychiatrique, à l'équipement vétuste.

Le malade mental de par sa maladie, se trouve donc en état de dépendance vis-à-vis de son médecin. Il essaie de s'en dégager en niant cette maladie qui l'opprime et tente à son tour de dominer la situation. Le médecin doit éviter de s'engager dans des rapports névrotiques où il a tout à perdre et qui vont finalement à l'encontre du but qu'il recherche.

Il doit également se garder des conflits affectifs suscités avec les autres médecins de même service par le malade lui-même qui, pour mieux dominer, tente de diviser la classe dominante.

Cette même forme de relation va se retrouver, encore plus amplifiée et diversifiée, dans les rapports du malade et de l'équipe médicale, que nous allons étudier maintenant.

CHAPITRE IV

LE MALADE ET L'EQUIPE MEDICALE

Les problèmes relationnels du malade et de l'équipe médicale sont d'un niveau plus complexe. C'est en effet le point de rencontre des inter-relations malades-malades, malades-équipe soignante, malades-médecins et médecins-équipe soignante. Nous avons déjà étudié les problèmes relationnels entre malades, entre malades-équipe soignante et malades-médecins. Nous entrons maintenant dans l'analyse des rapports à l'intérieur d'une équipe médicale dont le malade est le point central. Celui-ci interférant directement dans les relations ou n'étant parfois qu'un prétexte à créer ou révéler des conflits nés de rivalités de personne.

L'équipe médicale est composée en général du personnel soignant infirmier, des médecins du service et parfois d'une assistante sociale et d'un psychotechnicien, mais elle peut s'étendre à d'autres membres. Plus le nombre de participants est élevé, plus les inter-relations sont complexes. L'insertion d'étudiants stagiaires dans de tels groupes pose évidemment un problème difficile. Il va sans dire que l'unité n'est réalisée que par le but commun à tous : la guérison du malade. Au-delà de ce problème central, on se trouve face à des divergences de personnalités, nées de la différence des milieux. Dans une équipe médicale, nous nous trouvons placés devant une structure hiérarchique typique avec les médecins, eux-mêmes hiérarchisés et le personnel infirmier lui aussi hiérarchisé. En règle générale, les rapports seront donc du même type et les directives descendront les échelons alors que les rapports les remonteront.

Pour exprimer ses desiderata, le personnel infirmier doit passer par l'intermédiaire de son chef, qui évidemment, pourra exercer un droit de censure. S'il ne peut se faire entendre, il sera obligé de recourir à des moyens indirects pour manifester ses désirs, exprimer son accord ou son désaccord. Ainsi le cahier de rapport journalier est une mine de renseignements où se trouvent consignées, d'une façon plus ou moins voilée, les différentes idéolo-

gies du personnel. On y trouve au travers du rapport sur le comportement des malades, les approbations ou divergence d'opinion, les agressivités déguisées vis-à-vis du médecin. Bien souvent une phrase banale, si on en connaît le contexte, veut dire beaucoup plus qu'il ne semble au premier abord. Parfois aussi, une notation, qui dans l'esprit de celui qui l'a faite n'a aucune implication affective, peut être ressentie comme une agression par le médecin qui peut se voir ainsi mis en accusation et en est culpabilisé.

Ainsi, cette note relevée dans un cahier a plusieurs significations " Mlle T. ne se leve que pour son repas, n'arrête pas de chantonner ". Cela peut vouloir dire : Mme T. est une fainéante qui ne se lève que pour manger. De plus, elle chantonne ironiquement ; ou encore : Mme T. est très malade, elle est excitée, elle n'arrête pas de chanter ".

Mais cela peut aussi signifier : " Mme T. est très malade et le médecin ne la soigne pas comme il le faudrait ". Même si celui qui a consigné cette simple phrase n'y mettait aucune agressivité vis-à-vis du médecin, celui-ci peut néanmoins ressentir la remarque comme une accusation, car si Mme T. chante, c'est qu'elle n'est pas guérie, et si elle n'est pas guérie, c'est lui qui en est responsable. Il peut donc se sentir coupable et mis en accusation.

Le malade est donc parfois un pion que l'on manipule afin d'en faire l'agent de son agressivité. Il en fait aussi parfois les frais. Ainsi, le médecin-chef est chargé de noter son personnel. Cette notation est difficile car il n'est pas en contact direct et constant avec ses infirmiers. Il les juge d'après ce qu'il voit et selon l'avis de l'infirmier-chef qui ne sera pas forcément exempt d'affectivité. D'un autre côté, ce que juge le médecin chez son personnel n'est pas toujours ce qui est le plus important pour l'ensemble du service. Ainsi, il aura tendance à mieux noter un infirmier qui a un très bon contact avec le malade, alors qu'un autre infirmier, préférant les tâches plus domestiques, fera plus de travail, mais sera moins remarqué et apprécié.

Cette notation est parfois source de conflits insoupçonnés jusqu'au jour où un infirmier refuse de remplacer son chef absent, parce qu'il estime avoir été lésé dans son avancement : " puisque d'autres valent mieux que lui, à eux de faire le remplacement ", ou encore on entend les remarques suivantes : " puisque je fais si mal mon travail, je ne ferai donc plus que le strict mini-

mun," ou l'inverse : " malgré toutes mes absences, j'ai quand même une bonne note, ce n'est pas la peine de se gêner ".

Le personnel se sent de par sa situation de dépendance dans une position de dominé. Cette domination hiérarchique peut se doubler d'un sentiment d'infériorité dû à sa situation sociale, la lutte des classes se perpétuant à l'intérieur du service même et le malade étant le vecteur d'une agressivité camouflée.

Un autre facteur de conflit peut être la rivalité qui oppose l'infirmier et le médecin à l'égard du malade. Tous deux sont censés poursuivre une oeuvre commune, mais l'infirmier par la part prépondérante qu'il est amené à prendre dans le service peut se poser en rival et être tenté d'exclure plus ou moins le médecin, car il est en contact constant avec le malade, il crée des liens affectifs réciproques et parfois se substitue au médecin dans le rôle de psychothérapeute. Le médecin est obligé de se reposer sur son personnel, et il ne peut tout contrôler, ce qui serait d'ailleurs ressenti comme une oppression. Petit à petit, il peut arriver à se laisser déposséder d'une partie de ses fonctions de chef de service ou de médecin. Il lui faut donc encore là maintenir un juste équilibre.

Une autre source d'opposition peut venir des psychothérapies à l'intérieur du service, faites par un des médecins. Le personnel soignant ne comprend pas bien le but et l'utilité de la psychothérapie. S'il n'est pas mêlé d'une façon ou d'une autre à la psychothérapie en question, il devient rapidement hostile au procédé. Il ne veut pas payer les pots cassés. Cela c'était produit dans un service où à l'instigation du chef de service, un médecin avait eu en charge un groupe. L'infirmière en chef, de structure très rigide, ne put supporter un tel libéralisme médical et poussa finalement le médecin-chef à supprimer le groupe qui créait la perturbation dans le service. Plus récemment, j'avais pris en charge un groupe de malades dont 3 au moins posaient des problèmes de police importants à l'intérieur du service. En accord avec l'infirmière cheftaine qui assistait aux séances, nous y avons inclus une infirmière à titre d'observatrice et éventuellement de participante. Cette infirmière changeait à chaque séance de façon que toutes y participent et n'aient pas l'impression qu'une psychiatrie supérieure s'élaborait sans elles. Je les avais

réunies auparavant pour leur expliquer ce dont il s'agissait et toutes paraissaient enchantées.

Tout semblait se dérouler sans incidents et il n'apparaissait aucunement que cette psychothérapie de groupe apportait des perturbations d'inter-relations dans le service.

Cependant, après au moins 15 séances, l'infirmière-chef taine me dit que l'équipe soignante voulait me parler. Je fis une réunion où on me reprocha de prendre le parti des malades, de les soutenir implicitement en ne leur faissant pas la morale. Je leur expliquai que la psychothérapie n'a rien à voir avec la morale ; on me demanda alors si c'était réellement efficace. On me rétorqua encore qu'elles ne comprenaient pas que le chef de service et moi-même n'adoptions pas la même ligne de conduite. Si le premier avait une attitude punitive et si je n'avais pas la même conduite dans le groupe, les malades profiteraient de notre discorde, qui encourageait l'opposition.

Lorsque je pus analyser la situation avec tous les éléments, je découvris que l'entrevue avait été provoquée par une élève-infirmière, depuis peu dans le service, de personnalité très rigide. Deux jours auparavant, une malade faisant parti du groupe s'était sauvée cinq minutes du service puis était revenue, mais s'était réfugiée sur un arbre. Cette infirmière lui avait alors promis de ne pas la camisolier si elle descendait. Dès qu'elle était descendue, la malade avait été attachée. Le jour même de la demande d'entretien elle assista à une séance de groupe et déclara en sortant : " ces réunions où on reste sans rien dire, je n'y viendrai plus ".

Finalement, une semaine plus tard, ces mêmes infirmières me déclaraient : " nous aussi nous avons besoin de psychothérapie " et une ajouta même : " peut-être sommes-nous jalouses ! ".

De fait, le problème était là : elles comprenaient la psychothérapie de groupe comme une gratification accordée aux malades à leurs dépens. Elles se sentaient frustrées et demandaient en retour une gratification similaire.

Toutes ces inter-relations sont souvent latentes ou laissées dans l'ombre. Cependant elles se révèlent avec plus ou moins de force à certaines

occasions. J'ai déjà mentionné le cahier de rapport où à travers les lignes on sent nettement des attaques contre la politique générale d'un ou des médecins du service. Ainsi certains cahiers apparaissent avec des passages encadrés et soulignés de rouge, ce qui ne laisse aucun doute sur la tonalité du contenu. Ces passages se rapportent presque toujours à " un malade difficile " sur lequel l'équipe médicale butte. Il met en échec le service en entier et cela n'est pas accepté par l'équipe soignante qui en rejette la responsabilité sur le médecin. Elle lui reproche de manquer d'efficacité ou de ne pas prendre de mesures adéquates. En fait, l'équipe soignante supporte mal l'échec. Elle tente de l'éviter en rejetant le malade : " il n'est pas malade et n'a rien à faire ici " ou bien " il est trop malade pour un service comme le nôtre ". On trouve toujours une place où il serait mieux, mais le problème de la guérison reste entier.

Les problèmes relationnels apparaissent encore plus nettement en réunion d'équipe. Là sont réunies l'équipe médicale et soignante avec parfois quelques autres personnes annexées au service. C'est le point de rencontre de deux milieux différents par leur niveau hiérarchique et social et c'est en même temps une réunion où les rapports sont déhiérarchisés puisque chacun sera en principe libre de s'y exprimer. Il y a là une antinomie.

Par là même, les relations à l'intérieur du groupe sont faussées, car "la liberté d'expression" se trouve n'être qu'un compromis entre la soumission à une autorité et la critique de cette domination. On s'en tire évidemment en abordant des problèmes non affectifs en apparence, mais qui cependant restent sous la dépendance de ces inter-relations.

En effet, le but d'une réunion d'équipe n'est pas bien défini. Il varie énormément d'un service à un autre et dépend en grande partie de la personnalité du chef de service. On peut rester sur un plan superficiel au point de vue niveau de conscience et parler des malades en général, en restant sur un plan pragmatique : on présente médicalement les dernières entrées, on discute de l'effet de la thérapeutique, de l'amélioration de certains patients, de la sortie d'autres.

On peut aussi élargir le débat et partant d'un cas, faire une sorte de cours clinique ou à l'inverse, choisir un sujet psychiatrique et l'

illustrer par des cas concrets. mais on peut également aborder le problème d'un point de vue plus profond en prise de conscience et analyser en réunion d'équipe les inter-relations entre malades, entre infirmiers et malades et entre médecins et malades. Si on va encore plus loin, la réunion d'équipe peut évoluer vers une analyse des inter-relations entre les médecins et personnel soignant ; on aborde alors là les vrais problèmes de fond, mais on ne s'occupe plus du malade en tant que malade. Le danger est aussi que cette réunion devienne alors psychothérapie de groupe où le médecin-chef ayant le rôle d'analyste, se met à psychanalyser son personnel. Il le domine alors, sous couvert de libéralisme, non plus au nom d'une hiérarchie de structure, mais d'une "connaissance supérieure".

En fait, cela peut être une fuite du malade, dont on ne parle plus. On ne décide plus rien par peur de sa propre agressivité et surtout de la contre-agressivité des autres.

Il est aussi par contre des malades dont on parle tout le temps et d'autres dont il n'est jamais question. A chaque réunion reviennent les mêmes noms, car ces patients posent des problèmes relationnels chargés d'affectivité. Le personnel essaie de faire entrer les médecins dans ces rapports. Il veut que le chef de service prenne parti contre le malade, ce qui sous-entend qu'il doit approuver implicitement la ligne de conduite de l'équipe soignante qui se sent plus ou moins culpabilisée.

Nous allons essayer d'analyser quelques inter-relations des équipes médicale et soignante, à l'intérieur de réunions d'équipe et à propos de problèmes posés par les malades.

Le cas de Mme F. : " L'équipe infirmière demande pourquoi on ne fait pas sortir Mme F. Son mari ne veut pas la prendre parce qu'il a une maîtresse. Pourtant lorsqu'il a été malade, il est venu demander sa sortie afin qu'elle le soigne. Puis, il l'a ramenée, presque en cachette et est vite reparti sans voir qui que ce soit.

Le médecin-chef se sent nettement mis en cause. Il prend le dossier, le compulse et y trouve maints arguments qui démontrent que Mme F. est une "grosse malade", schizophrène, qui lorsqu'elle va chez elle met le feu à des papiers et rend la vie impossible à son mari.

Les infirmières répliquent que puisque la malade était assez bien pour partir soigner son mari, elle pouvait très bien vivre dehors et qu'en la

maintenant ici, on approuvait implicitement la conduite du mari, on se faisait complice de cette situation.

Le médecin pense qu'il est tout de même responsable de cette malade qu'il ne peut considérer comme guérie. Il ne peut obliger le mari à la reprendre car cela le mettrait dans un état de dépendance tel qu'il ne pourrait le supporter. On décide d'appeler en arbitrage une infirmière d'un autre service qui a connu la malade. Elle confirme que lorsque le mari l'a ramenée, celle-ci n'était pas plus mal qu'à la sortie, mais qu'elle ne pouvait être considérée comme guérie ".

Le problème posé par cette malade n'était en réalité qu'un faux problème. En fait, il s'agissait d'une agression contre le médecin, qui, d'après l'équipe médicale, ne faisait pas assez de sorties. Les infirmières voulaient avoir de nouvelles malades, plus jeunes, moins chroniques, pour lesquelles il y aurait plus d'espoir de guérison. Elles n'acceptaient pas que le médecin ait fait de leur service un service de chroniques et Melle F. n'était qu'un prétexte pour libérer leur agressivité.

Melle F., infirmière du service, demande pourquoi " on " ne s'occupe pas de Melle N : " C'est une malade, dit-elle, pour laquelle " on " a l'impression qu'un rien la ferait sortir. Il faut la pousser, d'elle-même, elle n'ose rien faire. Elle fuit constamment. On a très peu de contact, pourtant elle a le sens de la plaisanterie. Ainsi lorsque les permissions ont été supprimées en raison de la visite du chef de l'état, elle a déclaré en riant : " à ma prochaine sortie, je monte à Paris pour le zigouiller ". Est-ce que la psychothérapie ne serait pas indiquée pour elle ? ". Un médecin dit alors que Melle N. avait été prise en psychothérapie de groupe et qu'elle restait dans son coin sans jamais dire un seul mot. L'infirmière propose alors une psychothérapie individuelle, car en groupe il est toujours plus difficile de parler. Le médecin lui fait remarquer que le silence de la malade est une défense et que si Melle N. n'accepte pas la psychothérapie, rien ne pourra la décider à parler. " Bien sûr, si vous restez face à face sans rien dire, elle ne parlera pas. Elle a peur de toute agression et votre silence est agressif.

- Mais, si c'est le médecin qui parle ce n'est pas bénéfique à la malade,
- La psychothérapie n'est pas une agression.
- La psychothérapie n'est pas une gratification, c'est une école de frustrations progressives que la malade doit être à même de supporter, c'est-à-dire d'accepter. Cette malade veut être uniquement gratifiée, c'est pour cela qu'elle cherche refuge à l'hôpital psychiatrique et qu'elle ne veut pas accepter la vie extérieure. Elle tire trop de bénéfices de sa maladie pour vouloir s'en sortir ".

L'infirmière qui posait ce problème avait un attachement affectif manifeste pour cette malade qu'elle prenait en intérêt. Au travers de ce qu'elle pensait de la psychothérapie, se reflétait une expérience qu'elle avait eue

dans le service. Elle avait été incluse dans un groupe à titre d'observatrice et avait ressenti comme très opprimante l'attitude du psychothérapeute qui la réduisait au silence.

Melle H. est une oligophrène. Elle était auparavant dans un service où elle avait été plus ou moins abandonnée. Puis elle avait été placée dans un autre pavillon avec d'autres oligophrènes. Actuellement, elle s'est améliorée. En réunion d'équipe le médecin se demande si cela est dû au traitement ou au changement de milieu.

Une infirmière penche pour la première hypothèse, tandis qu'une autre pense que la malade est mieux acceptée, qu'elle est cajolée et que certaines infirmières se conduisent avec elle comme une mère, ce qui est un facteur d'amélioration.

Une autre infirmière suggère qu'il y a des deux (elle-même étant très maternelle avec la malade). Elle pense qu'il faut aussi être sévère, car lorsque cette dernière est agressive impulsivement, la menace d'une petite baguette suffit maintenant pour la calmer.

Ainsi, à propos du problème posé par l'amélioration d'une malade se révèlent trois personnalités différentes parmi le personnel : une infirmière ne rentre pas dans les considérations psychologiques et fait confiance aux médicaments ; une autre, qui ne montre que très peu d'intérêt pour la chimiothérapie, voit dans l'amélioration uniquement les facteurs psychologiques ; enfin, la troisième fait une synthèse des deux éléments thérapeutiques tout en pensant qu'être maternelle ne signifie pas ne pas être sévère lorsqu'il le faut.

M. L. était un jeune malade de 16 ans. Pendant les six mois que j'ai passé dans le service où il était soigné, il n'a cessé de poser des problèmes relationnels entre équipes médicale et soignante. Pas une réunion où l'on ne parlât de lui.

Il s'agissait d'un sujet présentant une phobie de la saleté et de nombreux rites obsessionnels. Il ne pouvait quitter sa chambre sans une grande anxiété qu'il combattait en battant des pieds rythmiquement et en comptant un certain nombre de fois : " et un, et deux.." L'habiller prenait facilement une heure à deux. Si on le brusquait un peu, il devait se racheter par de nouveaux comptes. Lorsqu'il était enfin mis à table, il ne voulait plus bouger et les mêmes rites recommençaient pour retourner dans sa chambre et cela à chaque repas.

Il ne fallait pas bouger un seul objet dans sa chambre. La moindre chose déplacée le plongeait dans une profonde angoisse. Il contrôlait sans arrêt si tout était bien en ordre autour de lui. Pour se coucher, il fallait que le drap soit bien tiré sous lui et il fallait avec un infirmier le tirer un certain nombre de fois en répétant : " il est bien tiré..bien tiré..bien tiré..." Puis, il fallait que sa veste de pyjama soit aussi bien tirée.

Ensuite, il s'essuyait les pieds rythmiquement avant de se décider à s'étendre. Il se recouvrait des draps et couvertures qu'il " tirait sur lui ", puis il se tapait sur les lunettes en répétant : "elles sont bien ajustées , bien ajustées.." si bien qu'il avait fallu lui mettre du leucoplast autour de la monture pour qu'il ne se traumatise pas la racine du nez.

Il ne déféquait qu'une fois par semaine, à jour fixe et restait enfermé des heures entières dans les w.c. Il y utilisait ce jour-là un rouleau entier de papier. Là, il se tirait rythmiquement sur la verge en répétant : " elle est bien attachée, bien attachée..."

Tout ce programme journalier représentait une tâche démesurée pour le personnel qui l'avait en charge. Il y avait un tour spécial pour s'occuper de lui. Il usait les plus résistants. Cela s'était amélioré lorsqu'un malade avait proposé de s'occuper de lui, malheureusement sa proposition n'était pas désintéressée, car il s'était établi entre eux une relation sado-masochique des plus anales. C'était le "bon malade" qui l'emmenait aux w.c., lui essuyait le postérieur et le regardait se masturber. Il le maltraitait aussi parfois. Le malade s'en plaignait, mais ils ne pouvaient pas se passer l'un de l'autre. La sortie de l'un mit fin à ces relations.

Il était suivi en psychothérapie par le psychologue du service qui n'avait peut-être pas été très diplomate, le premier jour de la première séance, en répondant aux infirmiers lui disant qu'il lui serait difficile de le faire bouger : " avec moi, il viendra à table ". Les relations ultérieures s'en étaient trouvées des plus refroidies. Par-dessus tout cela, venait une mère très anxieuse, dominatrice, très mal acceptée par tout le monde et qui ne cessait de s'interposer entre le malade et le milieu thérapeutique.

Les réunions d'équipe étaient le reflet de tous ces problèmes. Le personnel infirmier reprochait aux médecins de ne pas savoir soigner le malade, d'être trop libéral. Les médecins reprochaient au personnel de ne pas accepter le malade, de le mener rudement, de ne pas collaborer à une attitude psychothérapique. Le personnel se sentant en rivalité avec le psychologue, refusait la psychothérapie.

Tout le monde excédé et exténué avait passé un temps le relai au malade qui voulait bien s'occuper de lui. Il en tirait évidemment des bénéfices dont ne pouvait bénéficier l'équipe soignante qui, elle, ne se sentait nullement gratifiée par la maladie de L.

Le traitement avait subi des fluctuations et influences diverses. Tout avait été à peu près essayé sans grand succès. Le médecin traitant avait la difficile tâche de faire accepter ce malade par son personnel soignant, afin qu'il ne contrecarre pas les effets possibles de la psychothérapie. Le personnel lui, en avait plus qu'assez et ne désirait qu'une chose, le transfert de ce malade qui lui prenait tout son temps.

Ce dernier fut d'ailleurs passagèrement amélioré par le Majestil. L'équipe infirmière avait alors repris espoir et avait été profondément vexée lorsque le psychothérapeute avait émis l'idée que l'amélioration était due à la pâte à modeler qu'il faisait travailler au malade.

L'équipe infirmière avait eu aussi un sursaut d'énergie lorsque le médecin avait proposé le transfert dans un autre service où " on saurait peut-être mieux s'y prendre ".

Mais finalement, la tâche était trop ardue. Il fut transféré;

A la base du conflit était la non guérison du malade qui était très mal acceptée surtout par l'équipe soignante. Les médecins chaque fois qu'ils étaient agressés, réagissaient en multipliant ou modifiant les thérapeutiques. On ne pouvait, à priori, rien leur reprocher puisque tous leurs efforts s'avéraient vains. Une cure de sommeil avait apporté trois semaines de répit, mais le problème était resté inchangé.

Le deuxième facteur du conflit, lié au premier, était la psychothérapie. Ce n'était pas tellement cette thérapie en elle-même qui était mise en cause, mais celui qui la pratiquait. Il avait été considéré par l'équipe soignante comme un intrus à qui était donné le beau rôle et qui n'en supportait pas les inconvénients. Le psychothérapeute n'était pas suffisamment incorporé au service. Il n'avait pas de statut qui fixait sa place par rapport à l'équipe soignante. Il était en butte à leur jalousie plus ou moins consciente et sa tâche n'en était nullement favorisée.

Le troisième facteur de désaccord était la mère du malade qui essayait constamment de reprendre son fils en main et de s'interposer entre le service et lui.

Finalement, l'équipe soignante n'avait pu continuer à assumer ce trop lourd fardeau qu'elle supporta cependant un an durant. Le transfert du malade résolut le conflit.

Parfois les réunions d'équipe ne sont que le reflet de l'indécision ou de l'opposition générale au sujet d'un malade. Il existe des problèmes qui sont insolubles, mais bien souvent chaque parti ne veut pas admettre son impuissance et rejette les responsabilités de l'échec sur l'autre. Comme dit en plaisantant un médecin : " on se passe le mistigri ".

" Pourquoi tel malade ne sort-il pas ? " demande l'équipe infirmière. " Il n'est pas malade, il n'a plus sa place ici ". " Où voulez-vous que je le mette ? " réplique le médecin. " Il n'a pas de famille, il n'a pas de travail, pas de logement ". On se retourne alors vers l'assistante sociale qui est à son tour en accusation. Celle-ci se défend comme elle peut, invoquant les

difficultés de resocialisation du malade.

Finalement l'accord se fait contre la société imparfaite qui accepte si mal le malade mental. Et tout rentre dans l'ordre, jusqu'à la prochaine occasion où se manifestera à nouveau l'agressivité.

Dans les réunions d'équipe, le malade joue un rôle indirect, il n'apparaît qu'au travers de l'affectivité des membres du groupe. mais dans les réunions qui regroupent les équipes médicales et les malades, appelées réunion de pavillon ou réunions générales, le malade entre directement dans les inter-relations et les conflits latents peuvent parfois surgir avec acuité.

J'ai eu une telle expérience dans un service américain pendant six mois. Nous nous réunissions chaque matin, médecins, infirmiers et malades, dans une salle commune. Nous étions installés à de petites tables séparées et restions ensemble pendant 1/2 heure. Le but de ces réunions n'avait pas été posé très clairement. Il s'agissait d'observer les malades, de les laisser exposer leurs problèmes, d'éviter le plus possible de prendre position, mais au contraire de faire répondre aux questions les malades elles-mêmes.

Ces réunions étaient dans l'ensemble très mal supportées à la fois par les malades et l'équipe médicale.

Tout d'abord les malades délirantes en phase aiguë ne supportaient absolument pas les silences. Une patiente qui restait tranquille toute la journée dans son délire intérieur, entraînait dans un état d'excitation extrême. Elle se mettait à délirer tout haut, à provoquer les autres. Si elle rencontrait une semblable, elles en venaient parfois à se battre en public. De telles patientes se sentaient en état d'insécurité. Elles se sentaient mises en accusation par le groupe : " on me regarde, on me pose des questions, on m'accuse, on me veut du mal ". Le silence général était ressenti comme un rejet de la collectivité, comme une agression de la part des autres, une désapprobation de leur conduite. Elles se sentaient accusées et projetant leur culpabilité, elles accusaient les autres. Certaines entraient dans un état de panique. Une fois, une jeune malade très délirante devint tellement angoissée qu'elle se leva et se précipitant sur une infirmière, s'assit sur ses genoux et se serra dans ses bras en tremblant et pleurant.

D'autres malades en voie de guérison mais encore anxieuses, voyaient

aussi leur anxiété augmenter pendant les périodes de silence. Cet état se manifestait par l'apparition d'effets secondaires provoqués par leur médication. Une malade qui se présentait dans un état normal lorsqu'elle était occupée, changeait du tout au tout pendant ces réunions. Elle libérait son anxiété sous forme d'effets secondaires. Elle tremblait, ne pouvait plus rester assise, se levait, marchait de long en large, se rasseyait sans arrêt.

Parfois, elle présentait de véritables crises d'hystérie, se roulant par terre, se tordant les mains, sautant sur sa chaise, se contorsionnant en tous sens. Tout ceci disparaissait à la fin du meeting.

D'autres malades, très passives ou trop endormies, dormaient sur un coin de table.

Il n'y avait pas que des silences. Le plus souvent la conversation restait sur un plan superficiel. On parlait de la nourriture, du chauffage, des sorties faites ou à faire, des distractions en vues. Toute question portant sur la maladie mentale était soigneusement évitée. Ou bien certaines malades posaient des questions strictement personnelles à leur médecin traitant, lui demandant un rendez-vous, ou la date de leur sortie, ou si il avait vu leur famille. Elles cherchaient à obtenir un entretien personnel en excluant le groupe.

Mais très souvent les patientes exprimaient leur agressivité soit directement en se plaignant d'être retenues à l'hôpital psychiatrique contre leur gré, alors qu'elles n'étaient pas malades. Elles refusaient d'admettre la nécessité d'un traitement. Soit indirectement, en se plaignant de leur médication qui leur donnait des effets secondaires, en essayant de mettre en contradiction deux médecins, se servant des paroles de l'un pour contredire l'autre.

L'ergothérapie était montrée sous un jour d'exploitation de la malade par le médecin : on travaille pour rien, si on était à l'extérieur on gagnerait plus.

Le service étant consacré à la recherche médicamenteuse était l'objet de vives critiques. Elles se plaignaient d'être traitées comme des cobayes, d'avoir à subir chaque semaine un contrôle sanguin. Lorsque le produit en expérimentation était inefficace ou donnait des effets secondaires, l'

agressivité générale se faisait jour. On demandait au médecin si rien ne pouvait être fait pour empêcher telle ou telle malade de souffrir. Certaines patientes étaient très au courant des effets des médicaments et essayaient de coller les médecins ou les infirmières.

Toutes ne réagissaient pas ainsi. Certaines qui tenaient à se faire bien voir pour sauvegarder certains privilèges qu'elles détenaient dans le service, se faisaient les défenseurs de l'équipe médicale attaquée et prenaient bien souvent une attitude moralisatrice.

Certaines malades par peur de l'agressivité des autres, se gardaient bien de prendre position dans les débats ou bien se taisaient de peur de dire quelque chose de mal qui irait à l'encontre de leur sortie.

Les réactions de l'équipe médicale étaient variées, mais il n'y avait pas toujours unité contre l'agressivité des malades. Cette agressivité était parfois déviée par l'un sur l'autre. Dans les réponses faites aux malades transparaissait la personnalité de celui qui les faisait. Dans ces cas-là, il s'engageait au nom d'une équipe qui ne l'approuvait pas forcément. Un médecin ou une infirmière était alors tenté de préciser son propre point de vue qui différait un tant soit peu de celui émis par l'autre. Le désaccord apparaissait et c'est bien souvent ce que recherchaient les malades. Celles-ci d'ailleurs avaient l'habileté de poser une question à leur médecin dans son bureau, puis elles posaient la même question à un autre médecin en pleine réunion. Si les deux réponses différaient, elles répliquaient : " mais le Dr. X. m'a répondu ceci et cela, je ne comprends plus " et elles laissaient les deux médecins s'expliquer entre eux, ou essayer de rétablir la situation.

En fait, les malades supportaient mal ces réunions, car elles avaient l'impression d'être considérées comme des animaux en observation sous la domination de l'équipe médicale qui les obligeait à parler d'elles. Le silence était le meilleur des refuges et le meilleur des moyens pour exprimer leur agressivité vis-à-vis de cette situation d'agression, et elles ne s'en privaient pas. Les médecins et infirmières supportaient aussi très mal ce silence et certains trouvaient un prétexte pour ne pas assister à ces réunions. D'autres se trouvaient obligés, comme les malades, de rompre le silence en parlant les premiers.

En fait, le vrai fond du problème était que ni les malades, ni l'équipe médicale n'acceptaient ces réunions ou les décharges agressives étaient trop durement ressenties par les uns comme par les autres.

Voici un exemple d'une telle réunion :

" Au début, le meeting est très silencieux. Au bout de cinq minutes, le Dr. F. demande à Melle Smith si c'est elle la nouvelle présidente. Celle-ci répond affirmativement. Alors le Dr. F. lui demande quel peut bien être à son avis la raison de ce silence.

Melle Smith : "c'était déjà la même chose hier, je pense que personne n'a de plaintes à élever "

Le Dr. B. réplique : "- Est-ce que vous croyez que le but du meeting est de se plaindre ? "

Melle Smith : "- je ne voulais pas dire cela, mais peut-être que personne n'a rien à dire. "

Melle Leonard prend alors la parole : "- j'ai justement quelque chose à dire!"

Melle Smith " - Et bien, tu peux te lever et en parler "

Melle Leonard : " - C'est bien ce que je suis en train de faire. J'aimerais bien être tenue au courant lorsque vous avez un meeting : vous avez tenu hier une réunion et je n'en ai rien su ".

Melle Smith : " - Mais tu n'étais pas là ! "

Melle Leonard : " - justement, et vous avez parlé de moi."

Melle Smith : " - De toi ? "

Melle Leonard : " - Oui "

Melle Smith : " Ah oui, nous avons seulement dit que tu devais avoir certainement des problèmes. C'était pour essayer de mieux te comprendre ".

Melle Leonard : " - Oui, mais cela me regarde ".

Melle Smith : " - Je sais, mais nous avons toutes des problèmes. C'est d'ailleurs pour cette raison que nous sommes là ".

Melle Leonard : " - Peut-être bien, mais moi, ce n'est pas exactement la même chose. Je pense que l'on me comprendrait peut-être mieux si on savait que je suis infirmière diplômée d'état ".

Melle Smith : "-Infirmière ? "

Melle Leonard : " - Oui "

Miss K. (la cheftaine) " - Une infirmière n'a pas droit à des privilèges spéciaux ici. Nous avons eu d'autres infirmières et il n'y a pas eu d'histoire ".

Melle Leonard : " - je ne réclame pas de privilèges spéciaux, mais le fait que je sois infirmière peut permettre de mieux me comprendre. J'ai déjà travaillé dans un hôpital psychiatrique, je crois d'ailleurs que je vais me spécialiser en psychiatrie. D'ailleurs la psychiatrie est très différente dans un hôpital général et dans un hôpital d'état ".

Miss K. " - En quoi y a-t-il une différence ? Je ne vois pas ".

Melle Leonard : " - Dans l'équipe médicale "

Miss K. : " - Cela n'a rien à voir avec la psychiatrie "

Melle Leonard : " - Les traitements ne sont pas les mêmes. Ici j'ai une drogue expérimentale ".

Melle Smith : " Mais tu peux changer de service si tu le veux ".

Melle Leonard : " - Je n'y tiens pas. Je crois que ce service est ce qui me convient le mieux ".

Melle Smith : " - Tu es donc satisfaite ? "

Melle Leonard : " - Je n'ai pas dit cela. Enfin, je ne veux pas entrer en dispute ".

Melle Smith : " - Il ne s'agit pas de se disputer mais de discuter librement ".

Melle Leonard : " - Je ne veux rien dire personnellement. Mais si Mary voulait parler elle pourrait dire ce qu'elle sait sur moi. Nous en avons discuté ensemble. Elle me connaît bien, elle en parlera au Dr. N. "

Dr. N. : " - Vous n'êtes pas là pour parler des problèmes des autres, mais des vôtres, si vous le désirez ".

Melle Leonard : " - Oui, mais Mary pourrait parler de moi ".

Dr. N. : " - Pourquoi avez-vous besoin de quelqu'un pour parler de vos problèmes ? "

Melle Leonard : " - Parce qu'on ne me croit pas ".

Protestations quasi générales. Alors elle continue : " - Hier soir, les infirmières m'ont battue ".

Une malade s'écrit : " - Mais tu leur avais donné un coup de pied ! ".

Melle Leonard : " - Oui, mais c'était seulement pour me défendre, elles avaient commencé les premières ".

Plusieurs malades crient : " - Ce n'est pas vrai ".

Melle Leonard : " - Elles ne voulaient pas me donner mes affaires ".

" - Tu en voulais pas changer de chambre ".

Melle Leonard : " - Bien sûr ! Je n'étais pas au courant ".

Miss K. : " - Comment vous n'étiez pas au courant ? Miss T. vous l'avait dit. N'est-ce pas Miss T. ? "

Miss T. : " - Oui, c'est vrai ".

Melle Leonard : " - Mais je me suis demandé si ce n'était pas pour me transférer ou pour me faire sortir ".

Dr. M. : " - Sortir ! Vous pensez comme cela sortir du jour au lendemain ? "

Melle Leonard : " - Si Mary pouvait parler, elle pourrait dire la vérité. Mais je ne veux pas la déprimer davantage ".

Dr. L. : " - Ce n'est quand même pas par hasard que ce soit toujours vous qui vous disputiez avec les infirmières et trois jours de suite avec une personne différente. Ce sont elles ou vous. Il n'y a personne en cellule actuellement, il n'y a que vous qui mettiez le désordre. "

Melle Leonard : " - Il y en a trois dans la cellule à trois lits ".

Miss K. : " - Ce n'est justement pas une cellule, c'est une chambre et toutes les malades qui y sont sont volontaires ".

(c'est d'ailleurs dans cette chambre qu'était la malade ".

Melle L. : " je sais bien ce que je fais, je ne suis pas psychotique, ce sont les infirmières qui m'ont provoquée et battue ".

Mme C. : " Puis-je dire quelque chose ? - Oui - J'ai toujours dans la tête l'idée de me battre ou de blesser quelqu'un, mais je ne l'ai jamais fait avec les infirmières ".

Melle Leonard : " - Peut-être, mais vous ne les avez sans doute jamais poussées à bout comme moi ".

Dr. M. : " - Vous voyez bien que vous admettez vos torts ".

Melle Leonard : " - C'est la faute de mon traitement, c'est la faute de ma mère".
La malade se met à pleurer.

Dr. M.: " - Je n'ai pas à faire à votre mère, car c'est vous qui êtes hospitalisée ".

Si on analyse ce qui s'est passé dans cette réunion, on voit d'abord qu'elle commence par un silence général, rompu par un médecin qui ne le supporte pas (qui d'ailleurs dans les autres réunions est toujours le premier à parler). Ce médecin provoque un tant soit peu la malade qui a été nommée présidente. Celle-ci réplique agressivement à la demande en disant que si personne ne parle c'est parce que personne n'a de plainte à élever. Elle assimile ainsi le meeting à une réunion où les malades peuvent exprimer leur agressivité.

C'est alors qu'une malade l'attaque en reprochant à elle et aux autres de s'occuper de ce qui ne les regarde pas. En fait, le conflit n'est pas là. En effet, Melle Leonard voulait être élue présidente des malades et ayant été battue aux élections trouve un prétexte pour agresser celle qui a pris sa place.

Puis, c'est l'infirmière cheftaine, qui se sentant accusée, lorsque la malade parle de "privilèges spéciaux pour les infirmières", tente de se justifier. Le malade se plaint alors d'être à une drogue expérimentale, nouvelle attaque contre les médecins cette fois. Puis finalement, finit par accuser les infirmières de l'avoir battue. Certaines malades soutiennent les infirmières, d'autres n'oseront les accuser en public, mais le feront en aparté par la suite. Finalement, c'est le médecin traitant de la malade qui exprime son agressivité à son égard en l'accusant de semer le désordre. Deux jours plus tard, il transférera d'ailleurs cette malade dans un autre service.

Ainsi, de nombreuses réactions agressives ont vu jour en très peu de temps : action aggressive contre le silence des malades, de la part d'un médecin qui ressentait ce silence comme une agression. Riposte aggressive de la malade mise en cause. Puis conflit de rivalité entre deux malades. Conflit entre une malade et le personnel infirmier : la malade étant infirmière elle-même n'accepte pas de jouer le rôle de malade, veut des privilèges spéciaux, ne veut pas être dominée par ses consœurs. Conflit entre la même malade, qui n'accepte pas sa maladie, et son médecin traitant, qui ne peut arriver à la dominer.

A ces attitudes humaines de domination-soumission qui naissent ainsi à l'intérieur d'un service psychiatrique de la rencontre psychologique du malade et de l'équipe médicale, vont venir se surajouter les inter-relations famille-malade et famille-milieu médical.

CHAPITRE V

LE MALADE, SA FAMILLE ET LE MILIEU MEDICAL HOSPITALIER

Les relations qui s'établissent entre le malade, sa famille et l'équipe médicale sont importantes à analyser, car d'elles a parfois découlé le comportement du malade mental et sur elles s'établira l'avenir psychiatrique de ce même malade. Il est bien évident que guérir un sujet de sa psychose est le but primordial du médecin, mais prévenir une rechute par l'analyse de situations conflictuelles (ne serait-ce qu'en faisant comprendre à la famille la nécessité d'un traitement de longue durée), peut rendre d'immenses services au malade, à son entourage et à son médecin lui-même.

Les relations du malade mental et de sa famille sont des relations de domination-soumission dans lesquelles la famille cherche à revivre les situations sado-masochiques qu'elle avait établies avec ses enfants (et donc avec ses propres parents). Le malade, s'il admet la domination toute puissante de sa famille, revit sa position infantile narcissique-masochique. S'il manifeste un état agressif contre cette domination, il s'établit alors un rapport de force et une alternance d'agressivité familiale avec soumission temporaire du malade-enfant et d'agressivité du malade-adulte, avec dépendance du milieu familial. Le malade est alors au stade deux de la dialectique du sado-masochisme, il est en position narcissique-sadique.

S'il guérit pleinement et conquiert à nouveau sa position d'adulte, alors s'établiront des relations de sujet à sujet. Ceci arrive rarement en raison justement de l'immaturité affective du malade et de l'opposition du milieu familial qui perd ainsi son objet de domination.

Dans la position narcissique-masochique du malade, celui-ci est en état de dépendance complète. Il est l'objet de la mère ou du père ou du mari ou de la femme. La famille le domine et il accepte cette domination, car il en reçoit des gratifications. Lorsqu'une mère tient ainsi en état de dépendance sa fille ou son fils, elle arrive, grâce à la maladie mentale, à combler son rêve de mère captatrice en maintenant son enfant à vie dans sa position infan-

tile d'être soumis. Elle se sent gratifiée par cette dépendance amoureuse et l'enfant est également gratifié de l'amour exclusif de sa mère.

Melle O est une jeune fille de 20 ans. Elle travaillait dans un central téléphonique, sortait avec des amis et semblait, tout au moins en apparence, n'avoir aucun problème particulier. Brusquement, alors que sa mère attendait un enfant, elle présenta un état psychotique aigu. Elle disait avoir accouché de jumeaux, être mariée. Cet état délirant s'estompa rapidement avec l'aide de neuroleptiques, mais Melle O. regressa à un niveau très infantile. Aucun traitement ne put l'améliorer. Elle resta au stade oral, se gavant de friandises. Avec sa mère, elle se comportait comme un bébé, dépendant entièrement d'elle pour tout. Celle-ci semblait d'ailleurs satisfaite de cet état de chose, disant même après son accouchement : " maintenant, j'ai deux bébés ". Il était manifeste qu'elles étaient gratifiées l'une et l'autres, et l'une par l'autre.

Melle V. est un cas semblable. Elle était secrétaire, était fiancée et vivait chez sa mère. En fait, tout ceci n'était qu'un pseudo état adulte. Elle restait très dépendante de sa mère, dont elle admirait la vie amoureuse : celle-ci était veuve et vivait paritalement avec un homme de l'âge de sa fille.. Cette dernière, s'identifiant à sa mère, était à la recherche d'un fiancé qu'elle n'arrivait pas à garder. Ils voulaient établir une liaison moins platonique, qu'elle n'était pas en mesure d'assumer. Finalement, pour ne pas en perdre encore un, elle céda aux désirs du dernier. Elle prit peur, craignit d'avoir un enfant et soudain présenta un état psychotique. La thérapeutique aidant, elle reprit pied dans la réel, mais resta à un stade infantile qu'elle n'avait, en fait, quitté qu'en apparence avant sa maladie.

Elle devint très dépendante de sa mère, ne la quittant plus, s'asseyant sur ses genoux, ne sortant plus sans elle. Elle se comporta de la même façon avec son fiancé, qui la prenait aussi sur ses genoux et elle l'embrassait en faisant des caprices comme un bébé. Par la suite, ils eurent des relations sexuelles, mais elle resta frigide et ne subissait les rapports que pour être embrassée et dorlotée comme un enfant.

Melle M. est le type de malade qui selon le stade de sa maladie se met tantôt en position narcissique-masochique, tantôt en position narcissique-sadique.

Avant d'être malade, elle était indépendante, vivait seule dans un petit appartement, avait un travail de secrétaire et était très appréciée par son patron. Sa mère n'aimait pas cette position d'indépendance, mais avait dû se résigner à perdre sa fille. Leurs relations étaient assez distantes.

Puis, elle présenta un épisode délirant. Sa mère, après bien des péripéties, réussit à la faire interner. La fille se montra alors très agressive envers elle, car elle n'admettait pas sa maladie et donc son hospitalisation. Puis, le traitement aidant, elle devint beaucoup plus coopérante et la mère très satisfaite d'avoir retrouvé son enfant, se mit à exercer une domination assez tyrannique. Se souvenant cependant de ses difficultés relationnelles

antérieures, elle manifestait une anxiété certaine. Elle venait voir le médecin traitant, avec sa fille, disait que tout était parfait, puis revenait une heure plus tard en cachette pour avouer que tout n'allait pas si bien que cela, que sa fille, en permission, ne prenait pas ses cachets, qu'il fallait que je lui fasse la leçon, mais sans lui dire d'où j'avais appris ce qu'elle me confiait.

La thérapeutique continuant son effet, Melle L. devint plus adulte et atteignit le stade de position narcissique-sadique. Elle commença à ne plus vouloir accepter la domination tyrannique de sa mère. Elle demanda à pouvoir partir en permission sans que celle-ci vienne la chercher comme un enfant à la sortie de l'école. Puis, elle parla de sortir seule, bâtit des projets d'avenir où sa mère n'avait plus place. Elle voulait reprendre son ancien appartement et son travail. La mère vint alors me voir, absolument furieuse, m'accusant d'avoir "trop guéri" sa fille, qui maintenant ne l'écoutait plus et n'en faisait qu'à sa tête.

Lorsque la malade sortit, la mère réussit à la garder avec elle ; les relations sado-masochiques continuèrent de plus belle, la mère espionnant la fille, allant voir les médecins en cachette, lui faisant prendre du témentil écrasé dans les aliments, enlevant la serrure de la porte de la chambre pour qu'elle ne puisse s'enfermer à clé, tant et si bien que celle-ci rechuta, fut à nouveau hospitalisée, et retomba en état de dépendance.

Le malade en position narcissique-sadique, n'admet plus son état d'objet dépendant. Il manifeste alors son agressivité. Mais, il se heurte à la contre-agressivité de la famille qui veut dominer. Il s'en suit une alternance de mouvements de révolte et de soumission. L'agressivité du patient devient une défense contre l'angoisse d'impuissance liée à son état de dépendance.

Melle R. développe un tel type de relations avec sa mère. Celle-ci vient la chercher en permission tous les samedis. A chaque fois Melle R. ne se sent pas bien. Elle hésite à sortir. Elle se fait prier. Elle ne peut se décider. Sa mère s'assied et attend. Au bout de deux à trois heures, elle prend le parti de rentrer chez elle. Lorsqu'elle arrive au bout du pavillon, sa fille l'appelle, se précipite et finalement part avec elle. Parfois elle ne la rappelle pas et la fait revenir le lendemain.

Mme R. est très anxieuse. Avant d'emmener sa fille (hystéro-épileptique), elle lui demande si elle est sûre d'aller bien, si elle ne va pas prendre de crise. Celle-ci, qui en veut à sa mère de l'abandonner au bénéfice de son père, se venge par des relations sado-masochiques et la rend encore plus anxieuse.

Melle C. se comporte identiquement avec son père lorsqu'il vient en visite. Elle refuse de le voir s'il ne lui apporte rien à manger. Elle distille son affection avec sadisme. Parfois, elle le bat.

Melle CH. est en position de dépendance narcissique-masochique avec sa mère. Celle-ci la traite comme un bébé : elle la lève, la couche, la lave, l'habille. Elle la sort en promenade. La malade se laisse gratifier et accepte cette dépendance dont elle tire des bénéfices. Par contre, avec son père elle est en position narcissique sadique. Le conflit est permanent. Elle a même réussi, pour un temps, à le chasser de son lit, à le faire coucher au salon, tandis qu'elle partageait le lit de sa mère. Elle n'accepte pas la domination de l'homme. Celui-ci est pris dans le conflit. Il essaie par tous les moyens de rabaisser sa fille. Dans les discussions, lorsqu'il a tort, il termine en disant qu'il ne discute pas avec une malade. Il la traite en petite fille. Il n'admet pas qu'étant très infantile avec sa mère elle se rebelle contre son autorité de père. Il lui reproche de se comporter en malade à la maison et en adulte avec certains, comme par exemple, le médecin traitant. Il voudrait dominer pour perrenir sa position de père autoritaire tout puissant. Il n'accepte pas la perte de cette fonction valorisatrice.

Inversement, on rencontre des situations relationnelles où c'est le malade mental qui représente l'élément de domination et un membre de la famille, en général un fils ou une fille, l'élément de soumission. Il s'agit en général d'une relation de couple mère-fils par exemple, qui se continue dans la maladie mentale du membre oppresseur.

Ainsi, M. F. a sa mère hospitalisée pour une démence sénile. Chaque fois qu'il vient lui rendre visite, il se fait insulter pendant tout l'entretien. Il n'ose répondre et reste coi à tous les reproches qui se succèdent sans interruption. Il repart très mortifié, très abattu. A ce moment, sa mère le rappelle, lui dit de tout oublier et l'embrasse. Il revient chaque jour de visite, en enfant bien sage et très obéissant ; la séance finie, il repart presque content.

Attitude de la famille vis-à-vis de la maladie mentale

Les familles réagissent de façons diverses lorsqu'elles prennent conscience qu'un de leur membre présente une maladie mentale. Les préjugés sont encore tellement forts qu'ils vont se sentir confusément coupables de cette tare qui rejaillit sur l'honneur familial. C'est pourquoi, il leur est parfois difficile de reconnaître cet état de fait et bien des conduites familiales sont autant de fuites pour échapper à cette tragique réalité. Parfois d'autres s'en accommodent, même trop bien, lorsqu'ils peuvent en tirer des bénéfices secondaires.

Bien souvent la première réaction de la famille vis-à-vis du malade mental est la peur panique. C'est l'affolement devant un état d'agita-

tion incoercible, inaccessible à tout raisonnement. Dans les jours précédents, se sont accentués les désaccords entre le malade et sa famille, qui n'a pas voulu en voir la gravité. Et soudain, c'est la grande crise d'agitation : on appelle l'ambulance, on cherche partout un médecin pour signer un certificat d'internement qui est souvent mal rédigé et le malade est amené par la force, bien souvent ligoté. Bien heureux encore, s'il n'a pas saccagé avant de partir le bureau du médecin.

Parfois, on le prend par la ruse. Il ne sait pas qu'il vient à l'hôpital psychiatrique. On prend prétexte d'une radiographie, d'une consultation, d'une promenade à la campagne.

Ainsi, un malade M. D. est amené à l'hôpital psychiatrique par sa famille, en ambulance. On lui a dit que sa mère était malade et celle-ci s'est d'ailleurs couchée sur le brancard. Lui est assis à côté d'elle et la veille. Le père, professeur en activité, fait presser l'internement, car il a peur que son fils s'aperçoive de la supercherie. Malheureusement, les papiers sont mal rédigés. Je dois les renvoyer à l'hôpital général pour un internement en règle. Je n'ai pas assisté au dénouement, mais je l'imagine sans peine !

Melle T. est amenée par son frère, médecin lui-même. Il me dit à l'entrée : " Surtout pas de fausses manoeuvres, il faut de la psychologie, elle ne sait pas qu'elle est à l'hôpital psychiatrique. "

Melle F. est amenée par une amie avec un billet d'admission en service libre. Comme elle ne voulait pas venir, on l'a attachée sur un brancard.

Après de telles difficultés pour faire soigner leur malade, la famille redoute un peu les visites qui sont parfois assez dramatiques. C'est aussi en raison des formalités d'admission à accomplir au dernier moment que les sorties d'essai deviennent très en vogue. En même temps elles déculpabilisent le médecin qui ne prend pas ainsi le risque d'une sortie définitive signant une guérison.

La famille se sent plus ou moins coupable de la maladie mentale qui atteint un de ses membres. Il reste toujours dans l'esprit du public cette notion d'hérédité qui apporte le déshonneur. S'il n'y a pas d'antécédents psychiatriques dans la famille, on en veut encore plus à celui qui est malade mental. Par contre, s'il existe quelques antécédents, cela peut être une cause de conflit familial conjugal, chacun rejetant sur l'autre la responsabilité de la chose.

Il va de soi que l'idée d'une origine organique de la maladie mentale est acceptée par la famille comme très déculpabilisante. Par contre, lorsque le médecin est d'orientation psychogénétique, celle-ci se sent mise directement en cause. Comme elle se sentait déjà confusément coupable, ceci ne fait qu'augmenter cette culpabilité. Elle peut réagir en faisant front à cette accusation et en agressant le médecin ; ou bien, le conflit éclate au sein de la famille, chacun se défendant et accusant l'autre. C'est pourquoi, il faut être très prudent dans ses interprétations au sujet de l'origine de la maladie. La famille est très rarement apte affectivement à comprendre et surtout accepter une analyse d'un conflit auquel elle est mêlée parfois très intimement. A vouloir trop bien faire, on ne réussit qu'à aggraver les relations du malade et de sa famille, d'une part, et de la famille et du médecin, d'autre-part.

La famille réagit parfois névrotiquement à l'hospitalisation d'un de ses membres dans un hôpital psychiatrique. Elle rejette la maladie mentale en tant que telle et va même jusqu'à rejeter le malade lui-même. Le refus de la maladie se manifeste par la mise en cause systématique de toutes les décisions prises par le médecin. La famille discute l'utilité de la thérapeutique instituée, essaie de la faire modifier, quand elle ne la modifie pas elle-même au cours d'une permission. Elle considère le malade comme quelqu'un de normal à qui il faut faire mener une vie normale. Ceci se solde par des demandes de sortie presque dès l'arrivée à l'hôpital, par des visites intempestives et multiples. Le malade étant en permission d'une journée, on lui fait faire 300 km. en voiture, on l'emmène se baigner ou danser. Puis, dès qu'il s'améliore un peu, on demande sa sortie définitive. Le traitement est alors adapté au gré du malade qu'on laisse seul juge et que l'on encourage même à "vivre normalement", sans cette médication qui l'empêche "d'être lui-même".

Parfois, la négation de la maladie est tellement forte, que le conjoint au psychisme fragile, entre lui aussi dans la psychose, réalisant un délire à deux. Quelquefois, le refus de la maladie mentale entraîne la famille à accuser le malade de faire des manières.

La peur de la tare héréditaire peut aussi empêcher un malade de révéler ses antécédents personnel à son futur conjoint. C'est le cas de Mme N.

qui a été soignée pour un épisode délirant. Elle s'est mariée par la suite, mais n'a pas dit à son mari, par peur des réactions de la belle-famille, qu'elle était une ancienne malade mentale. Elle s'est sentie très coupable vis-à-vis de son mari et petit à petit, s'est vue rechuter. Elle est alors venue voir son médecin, lui demandant de l'hospitaliser à nouveau dans son service, en le priant de ne rien révéler au mari et de faire comme si c'était son premier séjour à l'hôpital psychiatrique.

La famille qui voit son malade se chroniciser, a tendance à l'abandonner progressivement. Elle se lasse d'attendre une guérison qui ne vient pas et petit à petit se désintéresse de celui qui ne la gratifie pas. Les abandons ne sont pas toujours soudains. En effet, la famille passe par des phases d'agressivité, qui s'accompagnent de rejet, et des phases de culpabilité, qui font reprendre les visites ou les sorties.

C'est le cas de Mme P., dont la fille, schizophrène, est hospitalisée depuis quelques années. Elle la prend en permission pendant 15 jours, pendant lesquels elle la surgratifie (pour se déculpabiliser), puis elle la ramène à l'hôpital sans que son état mental le nécessite. Elle l'abandonne, comme une fille-mère qui laisserait son enfant sur le porche d'une église. Elle prétexte une visite au médecin et repart sans l'avoir vu. Un ou deux mois plus tard, à l'occasion d'une fête, elle fait prévenir par l'assistante sociale qu'elle reprend sa fille. Celle-ci, lorsqu'elle quitte le service, ne sait jamais pour combien de temps elle part ; au contraire, elle pense qu'il s'agit d'une sortie définitive.

C'est aussi le cas de la famille de Mme T., qui constatant son amélioration demande sa sortie au médecin. Celui-ci la propose pour la semaine suivante. Trois jours plus tard, la même famille écrit une lettre dans laquelle elle constate : " c'est avec satisfaction que j'ai appris l'amélioration de l'état de santé de ma tante et je vous remercie vivement pour ce résultat dû à vos soins. Malheureusement, je suis obligé de vous faire part de mon embarras. En effet, n'escomptant pas une amélioration aussi rapide, mes démarches pour faire entrer Mme T. dans une maison de retraite ne sont pas très avancées et je crains qu'elles ne soient beaucoup plus longues que l'on me l'avait laissé entendre. Tout ce qui a été fait jusqu'à ce jour l'a été par une cousine, ce qui explique en partie l'impasse où nous nous trouvons. Pour éviter toute fausse interprétation, je viens solliciter un entretien pour une autre solution, au cas où nos démarches aboutiraient à un échec ".

Ainsi, cette famille, tout en félicitant le médecin de la guérison de son malade, lui reproche de l'avoir amélioré trop rapidement. Puis elle rejette l'échec des démarches de placement sur un autre membre familial. Enfin, elle demande un rendez-vous pour une explication. Celui-ci ayant été

accordé, cinq mois plus tard, elle ne s'était toujours pas manifestée.

Parfois les visites sont tellement espacées qu'elles n'apportent plus rien, ni au malade, ni à la famille. J'ai même été le témoin d'une entrevue assez singulière à la fois comique et tragique : un jour de visite, je reçois un homme d'une cinquantaine d'années, qui venait de Paris rendre visite à sa mère, démente sénile. Il me dit d'un air très réjoui, avec un bel accent parisien :

" Figurez-vous docteur, qu'il m'arrive une aventure extraordinaire. Chaque année, à la même époque, je viens voir ma mère. Aujourd'hui, j'entre dans la salle où se trouvent toutes les grands-mères. J'aperçois ma mère, je l'embrasse et m'assieds à côté d'elle. Nous parlons un moment et je lui donne quelques gâteries que j'avais apportées. Pendant que je lui faisais manger des marrons glacés, l'infirmière arrive et me dit : " mais monsieur, ce n'est pas votre mère, la vôtre est à l'autre table ! ". Et bien, figurez-vous que ma propre mère avait tellement changé en un an que je ne l'avais pas reconnue. L'autre ressemblait à ma mère de l'année dernière ! J'ai dû lui laisser tous les gâteaux..."

Et le plus triste, c'est que cette histoire le faisait rire...!

Les malades ressentent très profondément ce rejet. Ils ne sont pas dupes de toutes les excuses qui leur sont offertes pour justifier l'abandon.

Il est d'autres malades auxquels on rend visite tant qu'ils sont à l'hôpital général ou au service libre. Mais dès qu'ils passent en service fermé, la honte tombe comme un rideau de fer qui interdit tout rapport nouveau.

Certaines familles, qui redoutent au plus haut point que le médecin leur redonne leur malade, jouent avec celui-ci un véritable jeu de cache-cache. Elles se rendent en catimini dans le service, s'éclipsent avec discrétion, font la sourde oreille aux sollicitations du malade pour qu'elles voient le docteur et ne se rendent pas aux convocations de ce dernier. Car les familles ne tirent pas que des désavantages de l'internement. Ainsi :

M. R a sa femme hospitalisée depuis des années. Il ne veut pas la reprendre avec lui, prétextant les troubles psychiatriques. En fait, il a une maîtresse et il fait du médecin son complice. Il y a quelques mois, il est tombé malade, il est alors venu chercher sa femme pour qu'elle le soigne, puis il l'a ramenée furtivement. Maintenant, il fait la sourde oreille à toute tentative de sortie. " C'était bien la peine que je lui achète son costume de mariage pour en arriver là !" conclut philosophiquement la malade.

Les profits peuvent être d'ordre affectif dans le cas de parents qui retrouvent, grâce à la maladie, une nouvelle occasion de domination névrotique, mais ils sont parfois très matériels. Ainsi, on fait sortir un malade au moment où il doit toucher sa pension :

M. X. sort sa belle-soeur, mais elle doit verser 5 Fr. pour ses repas. Il lui achète des vêtements et déclare le double. On est obligé de lui réclamer les reçus. Il devait l'emmener dans le midi. Il se fait remettre une certaine somme d'argent et le voyage est annulé. Il oublie de rendre l'argent... Tout ceci sous couvert de sacrifice.

Melle V. n'a plus sa mère. Son père est remarié. Quand elle sort, on lui fait dépenser son argent. On la ramène lorsqu'elle rechute. Le médecin a essayé d'évincer le père. La malade s'enfonce alors dans son délire et n'en sort plus. On est obligé d'accepter le marché : périodiquement elle paie pour avoir l'amour de son père.

Il est une malade de souche paysanne que l'on fait sortir pour la cueillette des fraises...

Parfois les avantages sont petits : la famille profite de l'hospitalisation pour faire faire un dentier, pour obtenir une paire de lunettes...

Ces inter-relations famille-malade vont obligatoirement retentir sur les rapports de la famille et du médecin. Il s'établit entre ces deux parties des relations à structure sado-masochiques.

Le milieu médical et la famille

La famille développe vis-à-vis du médecin et du milieu médical en général des phases d'agressivité ou de dépendance qui peuvent être isolées ou s'alterner. Parfois même, elle est agressive à l'encontre du personnel soignant alors qu'elle est très dépendante vis-à-vis du médecin.

Cette agressivité peut être due lors de l'internement à la culpabilité que ressent la famille. Elle projette alors ce sentiment sous forme d'accusation à l'encontre du médecin qui est le complice de la faute. Celui-ci d'ailleurs a pu contribuer à augmenter cette culpabilité en rendant la famille plus ou moins responsable de la maladie. Celle-ci, très anxieuse, essaie d'expliquer tout ce qu'elle a pu faire pour son malade et plus les explications sont longues, plus apparaît le rapport névrotique qui existe entre elle et

le malade. Le médecin se sent alors irrité par l'accumulation des fautes psychologiques commises, il devient agressif et culpabilise à son tour.

La famille essaie bien souvent, de dominer le médecin et son équipe médicale. En effet, elle veut rester la seule détentrice de l'autorité à l'égard du malade. Par le fait de l'internement, elle perd son objet et le médecin devient un rival. L'hospitalisation est acceptée avec ambivalence. En même temps qu'elle punit le malade, elle culpabilise la famille et la fruste en lui enlevant sa relation objectale névrotique et gratifiante. Le malade risque de créer avec le médecin des liens affectifs qui lui feront rejeter la famille qui l'abandonne. Il s'en suit une rivalité source d'agressivité. Le conflit ne sera pas abordé sous son vrai jour, mais éclatera à propos de faits annexes.

Cette agression contre le médecin a pour but de le culpabiliser. Si cela est réussi, celui-ci va alors se retourner agressivement contre l'agresseur ou chercher à se déculpabiliser en accusant à son tour, soit un autre médecin, soit l'équipe infirmière. Le conflit sera déplacé et éclatera à l'intérieur de l'équipe médicale.

En fait, cette agressivité se manifeste rarement de façon directe contre le médecin traitant. La famille se sent trop en état de dépendance vis-à-vis de celui-ci et a peur d'une agression réactionnelle. C'est pourquoi elle préfère s'adresser au personnel, plus à son niveau, et qui peut lui donner raison, face à une domination commune. De toutes façons, elle est sûre que ses propos seront rapportés à celui à qui ils s'adressent en réalité. Il en résulte que le médecin sera agressé de manière indirecte, sans qu'il puisse riposter.

Mais le personnel soignant ne distingue pas toujours dans les reproches ceux qui s'adressent à lui et ceux qui s'adressent au médecin. Se sentant directement engagé dans des rapports de force, il entre dans le jeu des relations sado-masochiques. Lorsqu'il a à faire à une famille par trop insidieuse, qui s'ingère à tout moment dans le travail de l'équipe médicale, il devient agressif à son tour. En effet, il supporte assez mal, par exemple, une mère anxieuse qui, ne pouvant se séparer de son fils ou de sa fille, est toujours dans le service pour s'assurer que tout va bien. Le personnel a alors l'impression qu'il est constamment surveillé, qu'on le soupçonne de ne pas faire son travail avec conscience. Il s'irrite de cette présence continuelle.

De plus, il se sent en rivalité avec la famille et il a l'impression, parfois justifiée, que tout ce qu'il fait est contre-carré par elle.

Ainsi, Mme D. vient voir son fils très fréquemment. Il présente un état schizophrénique border-line à forme obsessionnelle. Elle est très anxieuse à son sujet et téléphone sans cesse pour avoir de ses nouvelles. Lorsqu'elle le quitte, il devient à son tour très angoissé et son état obsessionnel s'aggrave. L'équipe médicale en veut à la mère de cette rechute. Aussi, lorsqu'elle téléphone ou vient le visiter est-on agressif avec elle. Parfois on va jusqu'à lui interdire les visites pour un certain temps. Mais comme le fils a besoin d'elle, on la laisse revenir. En fait, l'équipe médicale se déculpabilise sur la mère de sa mise en échec thérapeutique.

Voici un autre cas d'agressivité médicale contre la famille :

Melle P. est une schizophrène hospitalisée depuis deux ans. Lorsque j'arrive dans le service, elle va très mal. Je lui change son traitement et en quelques jours elle se transforme. Sa mère, qui devait la faire sortir, ajourne par deux fois son départ. Elle rechute. Je suis frustré de sa guérison et en rejette la responsabilité sur la mère. Mais comme celle-ci est insaisissable, mon agressivité se retourne contre le chef de service, qui, selon moi, se laisse dominer par la famille. Une fois de plus, le conflit se trouve transposé et passe d'une relation famille-médecin à une relation médecin-médecin.

Le médecin se trouve aussi être en rivalité avec les familles. Celles-ci veulent parfois dominer ou contrôler les inter-relations médecin-malade. Elles essaient alors d'imposer leur point de vue sur la maladie et sur le traitement. Le médecin peut réagir agressivement en rompant toutes relations et en interdisant les visites ou en les restreignant. Il peut aussi culpabiliser la famille en la mettant en cause dans le déclenchement de la maladie mentale. Mais il peut aussi, par crainte de son agressivité ^{manifeste} ou en puissance, la laisser s'ingérer dans le traitement, dans les décisions médicales et lui donner une autorité qu'elle ne doit pas avoir. Le médecin peut ainsi se rendre involontairement complice des intérêts familiaux et par exemple conserver dans son service un malade à peu près stabilisé que la famille ne veut pas reprendre pour des motifs égoïstes. Et comme il n'est pas qu'une vérité, il est souvent bien difficile de juger en toute objectivité.

Inversement, il peut se développer des liens de dépendance de la famille à l'égard du médecin. Celui-ci est alors à ses yeux le père rassurant qui prend tout en charge, déculpabilise. On lui fait une confiance entière.

C'est en général le cas de personnes anxieuses qui créent des inter-relations de type infantile. J'ai assisté à quelques réunions de groupes de familles. Elles étaient toutes semblables au point de vue structure de caractère. Le groupe était rassurant pour elles, car elles retrouvaient là, des gens ayant les mêmes problèmes et qui déléguaient tous leurs pouvoirs à un père commun et sécurisant par son autorité médicale.

Ces problèmes relationnels vont parfois se transposer hors du service, lorsque le conflit opposera la famille au médecin-chef, représentant de l'administration.

Le placement du malade mental à l'hôpital psychiatrique, la gestion de ses biens et les questions de police intérieure seront autant de motifs d'intervention.

C'est ce que nous allons essayer maintenant d'analyser.

CHAPITRE VI

LE MALADE ET L'ADMINISTRATION

La relation du malade et de l'administration est rarement une relation duelle. En effet, le médecin est toujours présent soit comme représentant de l'administration, soit comme arbitre ou partie de cette relation à deux.

L'inter-relation malade-administration commence à l'entrée à l'hôpital psychiatrique. En effet, le mode de placement du patient va déjà orienter la tonalité du dialogue. Si le sujet demande une admission en service libre, ou signe un auto-placement volontaire, tout se passe bien dans la limite des places disponibles en service libre (la famille et le malade ne comprenant d'ailleurs pas très bien que le nombre de lits puisse être limité).

Le placement en service fermé est parfois plus délicat, surtout lorsque, et cela arrive fréquemment, les papiers d'admission signés par le médecin ne sont pas conformes au règlement administratif des admissions. En effet, les médecins généralistes n'ont pas été suffisamment informés des modalités de placement. Ils distinguent déjà mal la différence administrative qui existe entre le service libre ou ouvert et le service fermé, d'autant plus que dans les faits, certains services fermés sont ouverts, et inversement.

Que de familles arrivent à l'hôpital psychiatrique munies d'un certificat médical pour un placement d'office, stipulant que le malade est dangereux pour lui-même et pour l'entourage et qui n'ont pas de réquisitoire de la police ou de la gendarmerie. Elles ont déjà eu beaucoup de mal à amener un parent très agité et malgré l'acuité de la maladie, on leur refuse leur patient pour une question administrative. On les renvoie alors à l'hôpital général se faire faire un autre certificat, pour un autre mode de placement. Il y a évidemment une discordance entre l'urgence médicale et les nécessités légales de l'admission, et cela, la famille ne le comprend pas et se retourne agressivement contre le formalisme administratif. L'administration renvoie la balle en rejetant la responsabilité sur le médecin traitant, qui souvent, mal informé

lui-même, n'a pas renseigné ses clients sur les modalités de l'admission en placement d'office.

La famille ne comprend pas non plus qu'on lui refuse un malade sous prétexte qu'il n'est pas du département. Mal renseignée, elle a souvent fait des kilomètres pour amener un parent et au dernier moment, s'il n'y a pas entente préalable avec la sécurité sociale, on les renvoie à leur hôpital départemental d'origine, souvent plus éloigné de leur domicile que celui auquel ils se sont tout d'abord adressés.

Même incompréhension familiale lorsqu'après avoir courru tous les hôpitaux généraux voisins, on amène, en désespoir de cause, un enfant arriéré mentalement, ou psychotique ou caractériel, refusé par tous et à nouveau refusé à l'hôpital psychiatrique, qui a un nombre de lits limité et où il faut s'inscrire deux ans en avance pour avoir une place.

Il y a évidemment discordance entre le point de vue administratif reposant sur des textes légaux et le point de vue familial purement pragmatique et affectif.

Aux U.S.A. le problème des admissions est au moins aussi compliqué. La plupart des malades hospitalisés à l'hôpital psychiatrique d'état où je travaillais, venaient d'un service psychiatrique d'hôpital général. Trois modes de placement existent : le placement d'office, le placement par certificat signé de deux médecins et l'auto-placement.

Le placement d'office est valable pour deux mois. Au bout de ce laps de temps, si le malade est jugé guéri, on le présente devant une commission de sortie, avec son dossier contenant le certificat de placement. Si la commission accorde la sortie, il n'est pas obligé de se faire suivre en post-cure. Par contre, si le malade n'est pas guéri avant les deux mois, une commission le diagnostique comme étant "psychotique" et à sa sortie il est mis dans l'obligation légale de se faire suivre en post-cure pendant un an. Au bout de ce laps de temps, une nouvelle commission libère le malade de cette tutelle médico-administrative ou le fait à nouveau interner, si besoin est. Ces commissions sont composées de médecins, mais comme ils ont une fonction administrative, elles ont un rôle médico-administratif.

L'inconvénient d'un tel système, est qu'un malade présentant un état délirant aigu, guéri en moins de deux mois, ne sera pas obligé de se faire suivre en post-cure et ne bénéficiera pas non plus de soins et médicaments gratuits. S'il veut consulter un médecin-psychiatre, il devra se tourner vers le secteur privé très onéreux pour lui. Aussi, bien souvent dans de tels cas, les malades ne se font-ils pas suivre au point de vue psychiatrique.

Un deuxième inconvénient, non dans le principe, mais dans les faits, est que l'hôpital met en général plus de deux mois à faire parvenir la photocopie du certificat d'internement. Et sans ce papier, indispensable pour présenter la sortie du malade, celui-ci est condamné à rester hospitalisé, même s'il peut sortir médicalement parlant. De ce fait, il est diagnostiqué psychotique (même s'il ne l'a pas été) et doit se faire suivre en post-cure (comme pour les syphilitiques en France), pendant un an.

Le deuxième mode de placement est réalisé par un certificat émanant de deux médecins. Celui-ci est valable pour un mois seulement. Si, passé ce mois, le sujet n'est pas guéri, on lui fait signer un auto-placement. S'il n'accepte pas et si le médecin juge qu'il doit rester hospitalisé, on le renvoie dans le service psychiatrique de l'hôpital général où on signera l'internement d'office.

Ceci complique passablement le problème car le malade est transféré d'un hôpital à l'autre, sans continuité thérapeutique, ce qui lui est en général très préjudiciable.

L'auto-placement volontaire est identique à celui pratiqué en France et ne présente que l'inconvénient de voir un malade non guéri réclamer sa sortie. Il passe alors devant une commission avec avis favorable ou défavorable du médecin-traitant. Cette commission décide ou non de la sortie. Dans le deuxième cas, le placement est transformé en placement d'office en renvoyant le malade à l'hôpital général.

Un autre inconvénient du système d'admission dans ces hôpitaux psychiatriques d'état, réside dans l'existence d'un pavillon d'admission où sont groupés tous les entrants. Si la guérison traîne, ils sont alors passés en service fermé ; lorsqu'elle arrive, ils sont placés en service ouvert. Il en ré-

sulte un transfert incessant de malades qui venant d'un hôpital général, passent deux à trois mois en service d'admission, puis vont en service fermé et enfin, finissent en service ouvert. Chaque fois, il y a eu discontinuité thérapeutique, changement de milieu, changement de médecins, de personnel soignant et d'environnement humain. De plus, à leur sortie, ils seront suivis par un nouveau médecin qui ne les connaît pas et qui pourra encore modifier la conduite thérapeutique générale.

Là encore, le point de vue administratif et le point de vue du malade et de sa famille, ne concordent pas, parce qu'ils ne sont pas placés sur un même plan et ont une optique différente.

Les problèmes relationnels malades-administration se trouvent à nouveau posés à propos de la gestion des biens du-dit malade par le service de tutelle. Là encore, la rencontre est souvent indirecte, la famille se substituant au malade, le médecin étant le représentant de l'administration. La dualité des rôles du médecin-chef apparaît à nouveau. Il est le substitut de la direction et en même temps le médecin traitant. Les deux rôles sont difficilement conciliables.

Ainsi, Mme G. n'a pas voulu donner, lors de son admission, le carnet de pension de son mari. Elle a bien voulu céder le sien pour payer son hospitalisation, mais elle pense que celui de son mari n'a rien à voir dans l'affaire et elle ne veut surtout pas que l'hôpital en bénéficie. Tout essai d'explication a échoué.

Elle demande alors au médecin-chef une permission pour aller voir sa fille. En réalité, la pension de son mari est arrivée à échéance et elle veut aller à la perception toucher cet argent.

Le médecin a un moyen de chantage pour la faire céder et se mettre lui-même en règle au point de vue administratif. Il refuse toute permission. Mme G. est furieuse. La relation sado-masochique médecin administratif - malade, se transforme en relation sado-masochique médecin traitant - malade. Le deuxième entretien n'a apparemment plus aucun rapport avec le conflit administratif. Il devient conflit psychiatrique et approche certainement de beaucoup plus près les vrais problèmes de la malade. Celle-ci, en fait, nie sa maladie mentale. Elle est obligée de rester à l'hôpital psychiatrique parce qu'elle n'a plus de logement, pas de famille qui peut la prendre. Elle ne veut plus affronter les réalités de la vie sociale extérieure. Elle se place donc plus ou moins volontairement en position de dépendance vis-à-vis de l'hôpital, mais d'un autre côté, elle n'accepte cette situation que si elle peut la dominer. En refusant de donner le carnet de pension, elle affirme sa liberté individuelle face au médecin, face à l'administration. Elle est assez malade pour rester hospitalisée

mais pas assez pour ne pas gérer ses biens elle-même.

Les malades et leurs familles n'acceptent pas toujours de bon coeur que l'administration se substitue à eux pour gérer leurs biens. Ils ne comprennent pas non plus ne pas toucher l'intégrité du montant de leur pension, qui sert à couvrir, tout au moins en partie, les frais d'hospitalisation.

Un des plus importants problèmes relationnels malade-médecin-administration, est celui posé par la question de "police intérieure" à l'hôpital psychiatrique.

En effet, si au moment où on abattait les murs de l'hôpital psychiatrique, le problème essentiel était la peur de l'évasion, ce problème, bien que toujours existant, s'est trouvé bien dépassé par celui de la question sexuelle.

L'ouverture des portes des pavillons, a transposé le problème de liberté individuelle à celui de liberté sexuelle. Cette question n'est pas prête d'être résolue. Elle ne l'a jamais été dans aucune société civilisée et c'est vouloir trop prétendre que de penser la résoudre à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique. Le médecin se trouve être responsable du débordement sexuel possible de ses malades, mais comment peut-il le contrôler ? Il n'y a que la solution de la surveillance active par personne déléguée (à moins d'employer les moyens anti-conceptionnels, mais nous en sommes encore bien loin).

Au Manhattan State Hospital à New-York, existe une police interne avec uniformes, armes, qui fait des patrouilles. Les évasions sont difficiles, car l'hôpital psychiatrique est construit sur une île, reliée à la ville par un pont contrôlé par la police. La moitié de l'île est un parc public séparé de la partie hôpital par un immense grillage. Je me souviens même fait arrêter par la police le deuxième jour de mon arrivée, car je me promenais dans l'hôpital aux heures interdites aux malades et le policier se demandait si je cherchais à m'échapper ou à m'introduire dans l'hôpital. J'eus d'ailleurs beaucoup de mal à m'expliquer. De temps à autre une évasion est signalée. Le car reliant l'hôpital à la ville est alors contrôlé, de même que toutes les malles des voitures.

La question sexuelle est réglée de la manière suivante : aucun

malade n'est autorisé à se promener seul dans l'hôpital. Il doit toujours être accompagné d'au moins une personne du même sexe.

La police intérieure d'un hôpital doit être faite non seulement pour régler la vie intérieure, mais aussi pour protéger le milieu de certaines influences extérieures qui cherchent à exploiter une situation facile. Tout ceci peut être facteur de conflits opposant l'administration chargée de l'ordre intérieur et le médecin responsable du malade qui perturbe cet ordre. La résolution d'un tel conflit n'est pas toujours aisée, si chacun ne considère que son point de vue, administratif d'un côté, médical de l'autre. Mais le médecin est lié par la législation actuelle qui fait de lui le protecteur de la société contre le malade mental et également le protecteur du malade mental face à la société. Il est la charnière de l'inter-relation administration-malade. Il a un rôle d'arbitre à jouer et ne doit pas céder à la facilité de faire pencher la balance ou tout d'un côté, ou tout de l'autre. Pour éviter de se soumettre à ce qu'il peut considérer comme une domination de l'administration, il ne doit pas céder au chantage affectif du malade qui lui impose à son tour sa domination. Inversement, il ne doit jamais perdre de vue l'intérêt psychiatrique de son malade et lui faire abandonner, par une décision arbitraire, le bénéfice de son séjour hospitalier.

C'est assez dire le rôle délicat du psychiatre médecin-chef qui est à la fois juge et partie de la cause de son malade. Il doit essayer d'éviter une relation sado-masochique à la fois avec son patient et avec l'administration dont il est le représentant. Il doit avant tout essayer de désaffectiver le débat et être un conseiller technique conscient auprès de la direction administrative.

Le cas de melle D. est une belle illustration des inter-relations médecin-administration à propos d'une malade.

Il s'agit d'une enfant abandonnée à sa naissance qui a été prise en charge par l'assistance publique. Elle n'a jamais eu de foyer stable, ni d'affection durable.

A l'âge de quatre ans, elle est placée à l'orphelinat de Bourg. Puis, dans une famille d'Ambérieu, enfin, dans une autre famille à Grolay.

Partout elle est rejetée. Elle fait des fugues. Elle est alors envoyée au Prado d'Oullins, puis transférée dans un foyer de pupilles. Elle

passé au collège de Fortbonnes. Puis elle entre au Bon Pasteur d'Annonay. De là, elle retourne dans un foyer de pupilles, puis au Bon Pasteur d'Ecully.

Elle est enfin envoyée à l'hôpital psychiatrique pour troubles caractériels à type d'instabilité, d'irritabilité, fugues répétées. Elle est considérée comme une meneuse, une forte tête.

Admise en service libre, elle reprend les mêmes types relationnels abandonniques qu'elle a toujours eus. Elle sort de l'hôpital quand bon lui semble, ne respecte aucune discipline du service. L'administration intervient alors une première fois en l'absence du médecin traitant et Melle D. se retrouve un beau jour en service fermé.

Là, on adopte une attitude psychothérapique. On lui donne des responsabilités. On la gratifie, mais on lui demande aussi de se plier aux exigences de la société pavillonnaire. Elle est suivie en psychothérapie individuelle par le médecin-chef du service. Elle paraît s'adapter. Elle demande alors une permission, accordée par le médecin, mais refusée par la direction de l'hôpital. Elle fait une fugue.

Voici la lettre du médecin expliquant au directeur les motivations de la fugue :

" A la suite de l'évasion de Melle D., j'ai l'honneur de vous préciser quelques points : cette malade, dans le pavillon, a évolué d'une façon très favorable. Elle s'occupait régulièrement aux activités diverses, travaillant dans le service des vieillards ; sa tenue s'était améliorée de même que ses propos. Pourtant, 24 h. après son internement, elle avait tourné cette mesure en dérision en démontant la serrure de la porte d'entrée et en se sauvant. On s'est attaché à lui donner des responsabilités. Elle n'avait pas fugué depuis lors, bien que nous lui ayons confié la promenade quotidienne des malades chroniques dans l'hôpital.

" Devant les progrès réalisés, j'avais cru souhaitable de lui accorder une permission. Vous avez pensé devoir vous opposer à cette initiative. Je vous ai fait part de l'effet psychologique défavorable qui en résulterait.

" J'ai essayé de lui faire accepter ce qu'elle a ressenti comme une brimade injustifiée. Elle a réagi par un nouveau laisser-aller que j'ai dû sanctionner en lui interdisant les sorties dans l'hôpital. Les velléités de fugue ont reparu en même temps qu'un état dépressif réactionnel. La fugue présente est la conséquence directe de ce refus de permission, pourtant bien banal en apparence. J'ai dû agir avec fermeté à son égard en de multiples occasions, mais je crois qu'il est vain de vouloir chercher à obtenir un résultat favorable par la seule fermeté. La question qui se pose est de savoir s'il est souhaitable de prendre en charge des malades comme elle, s'il n'est pas possible pour des raisons, bien compréhensibles d'ordre et de discipline, de les soigner réellement. De telles malades ont un sens très aigu de la notion de justice et sont intolérantes à la moindre frustration imméritée.

" Je me refuse, pour ma part, à croire à la justification d'un placement dans un service de force (à moins qu'elle ne devienne effectivement une

aliénée difficile par réactions en chaîne).

" Si vous ne pensez pas devoir suivre le médecin, ne serait-il pas possible que vous exposiez directement à la malade les raisons du refus ? La décision serait sûrement mieux acceptée par elle et cela ne gênerait pas la tâche du médecin, déjà bien difficile en pareil cas ".

A la suite de cette lettre, le directeur reçoit la malade qui reste très discrète sur l'entretien : " il m'a bien fait promettre quelque chose, mais je ne me souviens plus quoi ".

Puis deux nouvelles fugues dont une prolongée. Cette fois, la direction demande l'envoi en hôpital pour malades difficiles. Les médecins du service se réunissent, demandent l'avis d'un psychothérapeute attaché à l'hôpital. Celui-ci dédramatise la situation. La malade est mise en cure de sommeil prolongée et tout le monde l'oublie. Puis, elle est reprise en psychothérapie et se resocialise peu à peu par maturation affective progressive. Actuellement, il n'y a plus aucun problème relationnel à son sujet.

Comme on le voit, le conflit médecin-administration est devenu très aigu. L'administration voulant imposer sa domination, s'est heurtée à la résistance du médecin traitant. La malade a failli en faire les frais en se faisant transférer en hôpital de force.

La véritable source du conflit est l'attitude de domination que présente l'administration vis-à-vis du médecin à propos d'un malade. Le médecin, lié par la législation actuelle, est mis en état de dépendance. Il n'accepte pas cet état, s'il le juge néfaste à l'évolution de son patient. Il en résulte un conflit, où, administrativement parlant, il est en état d'infériorité.

Ce même problème se pose avec l'institution "d'un garde" à l'hôpital. Ce dernier fait des rapports de police qui parviennent au conseil médico-administratif. Le médecin qui a eu un malade en défaut, se trouve ainsi mis en cause directement et comme il dépend, de par son état de médecin-chef, de l'administration, il se trouve ainsi contrôlé au travers du comportement extra-pavillonnaire de ses malades.

La relation médecin-malade-administration, se trouve donc faussée au départ par la législation actuelle qui crée un état de dépendance du médecin à l'égard de l'administration de l'hôpital, elle-même responsable hiérarchiquement vis-à-vis de la Préfecture et du Ministère. Le médecin n'est donc plus libre dans sa conduite thérapeutique. L'éclatement de cette structure hiérarchique par une modification de la législation, n'annulera certes pas les occasions

de conflit, mais elle aura l'avantage de créer des inter-relations de type adulte, non plus de sujet à objet, mais de sujet à sujet.

Nous venons de faire une analyse détaillée des inter-relations humaines en hôpital psychiatrique. Nous avons étudié successivement les relations entre malades, entre les malades et le personnel soignant, entre les malades et les médecins, puis venant à des inter-relations plus complexes, nous avons vu les rapports entre les malades et l'équipe médicale. Enfin, nous avons étudié le malade, sa famille et le milieu médical et le malade, le milieu médical et l'administration.

Cette étude par chapitre est évidemment arbitraire et fautive, car elle découpe les situations relationnelles en parties bien distinctes. Déjà dans l'analyse des inter-relations du malade et de l'équipe médicale, nous avons eu un aperçu de la complexité des inter-relations. J'ai voulu terminer ce travail en présentant le cas d'une malade aux prises avec le milieu hospitalier. Cette observation est très longue et je m'en excuse, mais j'ai voulu sauvegarder toutes les situations relationnelles pour mieux exprimer leur complexité.

Voici donc le cas de Dolorès B.

CHAPITRE VII

LE CAS DE DOLORES BELL

O O

O

LE CAS DE DOLORES B.

CERTIFICAT DE BELLEVUE HOSPITAL - La malade est admise à Bellevue Hospital le 15 Novembre 1962, sur la demande de la Family Court (négligence d'enfant), en vue d'une observation physique et psychique.

La malade est une noire célibataire âgée de 21 ans, qui est particulièrement perturbée dans son mode de pensée et paranoïde avec des hallucinations auditives, idées de persécution. Le raisonnement est pauvre, elle est illogique, répond à côté et de façon évasive. Elle est bloquée et inappropriée dans ses idées.

" - Pourquoi êtes-vous ici ? " R. : " J'entends des voix appeler mon nom, c'est une personne qui est morte qui m'appelle, quelqu'un de la famille. " D. : " - L'entendez-vous ici ? " R. : " - Non, pas pour l'instant. Je suis nerveuse depuis la naissance de mon enfant, le 13 novembre. " - " - Avez-vous abandonné votre enfant dans un hall ? " R. : " - Non, il est sorti en rampant, je pense. " D. : " - Le rapport dit que vous l'avez abandonné. " R. : " je ne sais pas. " D. : " - Avez-vous été hospitalisée avant ? " - R. : " Non".

Diagnostic : Réaction schizophrénique paranoïde

-:-:-

5 Décembre 1962 - Dolorès est une jeune noire gracie de 19 ans. Elle vient d'arriver dans le service, après avoir passé quelques jours dans le pavillon des admissions, où elle a reçu comme traitement : Largactil - 100 mg 4 fois par jour ; puis Melleril 50 mg. 3 fois par jour.

D'emblée, elle met les choses bien au point. Elle n'est pas malade, n'a jamais été malade, n'a besoin d'aucun traitement et n'a rien à faire dans un hôpital psychiatrique.

Mais, lorsqu'on essaie de lui faire préciser les modalités de son entrée dans un hôpital psychiatrique, elle devient de suite plus réticente et essaie de louvoyer : elle était très fatiguée et avait besoin de repos... Elle a été admise à l'hôpital général de Bellevue dans le service psychiatrique parce qu'elle avait déclaré, pour être sûre d'être hospitalisée, qu'elle entendait des voix. Quelles voix ? Des voix appelant son nom. L'histoire paraît assez floue. Un entretien plus serré nous apprend que c'est un juge qui l'a envoyée devant un psychiatre. La raison en est simple : elle avait tout simplement abandonné son enfant de six mois sur le paillason, devant la porte de son cousin. Pour quelle raison ? Pour aller à une surprise-partie.

Donc, poursuivie pour abandon d'enfant, sur plainte du cousin, elle a été mise en demeure de choisir l'hôpital psychiatrique pour éviter la prison. Elle a donc déclaré qu'elle entendait des voix, pensant que les psychiatres, après examen, verraient qu'elle n'est pas malade mentalement et la renverraient chez elle.

Malheureusement, lorsqu'un psychiatre entend un patient lui dire qu'il a entendu des voix, il ne suffit pas ensuite de dire le contraire pour le

rassurer sur le cas du-dit patient. Bien au contraire, toute dénégation devient suspecte de délire paranoïde camouflé. Ce qui explique le transfert de Dolorès dans un hôpital psychiatrique de l'Etat.

Celle-ci nous apprend en passant, qu'elle a eu un autre enfant lors d'un séjour à Baltimore. Il a actuellement deux ans et a la chance d'être pris en charge par le pere présumé. Elle n'a jamais revu ni l'un ni l'autre.

Que penser de ce cas ? Les deux diagnostics possibles s'affrontent et s'affronteront tout au long de son séjour : psychopathe ou schizophrène ?

7 Décembre : Traitement : S.K.F. 11.784, 40 mg

10 décembre : S.K.F. : 70 mg

11 décembre : Ce matin, réunion de l'équipe médicale. Comme il se fait habituellement, chaque médecin brosse succinctement un tableau psychiatrique de chaque nouvelle entrée. Evidemment, je pose le problème du diagnostic : psychopathe ou schizophrène ? Peut-être bien les deux, déclare le chef de service.

13 décembre : Premières réactions de l'équipe infirmière. Dolorès ne paraît pas devoir être appréciée : " c'est un chef de bande de blousons noirs", pense une infirmière qui a une grande compréhension agressive pour les malades dites "caractérielles".

Dans l'après-midi, j'ai la visite de la mère. Pour elle aussi, sa fille ne lui semble pas psychiatriquement malade. Elle a toujours été ainsi. Elle a un caractère vif et emporté. Elle a toujours aimé se battre. Un jour, elle est revenue à la maison très mal en point, après un combat avec un garçon.

Mme B. paraît n'avoir qu'une envie : ne plus entendre parler d'elle. Elle s'en est assez vu dans sa vie. Son mari était un alcoolique. Elle est d'ailleurs divorcée depuis 14 ans. Actuellement, il est mort, victime d'un accident de la circulation, en plein état d'ébriété. Elle a élevé tant bien que mal ses enfants : trois filles dont Dolorès et un garçon. Elle n'a pas de logement et habite chez une de ses filles. Elle vivait dans une habitation à loyer modéré : " Vous savez, là où il y a deux jours ce jeune garçon a violé et jeté du haut de dix étages une fillette de 10 ans. Vous n'avez donc pas eu les journaux ? " Elle paraît toute excitée par le fait et il semble à l'entendre que c'est monnaie courante dans ce quartier. Comment s'alarmerait-elle alors d'un abandon d'enfant par une fille deux fois mère et qui est si peu sa fille ?

J'essaie de lui faire préciser quels ont pu être les événements marquant de la vie de Dolorès. Peu de chose apparemment jusqu'à ce qu'elle quitte l'école, à 16 ans, pour aller travailler. En fait, elle n'a, semble-t-il, que très peu travaillé, très épisodiquement, dans quelques usines. Elle a vécu quelques mois à Baltimore, chez une de ses soeurs. Elle travaillait dans une maison de papiers peints. Mais elle a connu un joueur de guitare électrique et est revenue à New-York pour y accoucher de son premier enfant.

" Le père est quelqu'un de très bien. Il a pris l'enfant entièrement à sa charge ", conclut la mère.

Dolorès a continué la même vie désordonnée, fréquentant " une bande ", sortant souvent le soir pour boire, danser, dans des différentes surprises-parties.

C'est ainsi qu'elle a eu un deuxième enfant. Le père serait toxicomane, toujours d'après les informations maternelles. L'enfant a été élevé par les soins de la mère, car Dolorès une fois l'accouchement terminé, a été délivrée dans le plein sens du mot et a repris ses chères escapades "du côté Est" et dans "le Village".

Lorsque la mère a démenagé, car elle ne pouvait payer sa location, sa fille est allée vivre, avec son enfant, chez un cousin marié, qui n'a pas tardé à en avoir par-dessus la tête, jusqu'au jour où la mesure étant à son comble, il porta à l'Assistance l'enfant trouvé affané sur son paillason et fit engager des poursuites pour abandon d'enfant, tandis que Dolorès dépensait dans une surprise-partie jusqu'au dernier cens, la subvention accordée par l'état à son enfant.

13 Décembre - Réunion de malades comme chaque matin. Dolorès s'y met de suite en vedette. Elle n'admet pas être traitée en malade, surtout par les autres malades.

D'entrée, elle se prend de querelle, car une malade déjà rôdée par l'habitude des hospitalisations, a demandé " aux nouvelles filles " de se présenter. Dolorès éclate : " Qu'est-ce que cela veut dire, les nouvelles, les filles ? Je ne fais partie d'aucun groupe. Si les autres sont malades, moi je ne le suis pas ". Parmi les dernières entrées, deux sont particulièrement délirantes et paranoïdes. L'une d'elle, G. a déjà provoqué Dolorès ce matin et a reçu une gifle. Elle en garde évidemment un vif ressentiment. Elle attaque en disant qu'elle se vengera. Dolorès réplique : " je ne supporterai pas qu'une "malade" me touche. Je n'ai rien à faire avec elles. Ne me cherche pas ou je te casse la g.." les deux malades sont debout, chacune à une extrémité de la salle. Elles s'insultent. Une nouvelle tente de s'interposer, prêchant la non-violence. Rien n'y fait, G. marche sur Dolorès et reçoit un magnifique direct dans la mâchoire. On s'interpose.

Le chef de service conclut le meeting en déclarant que si les patientes veulent prouver qu'elles ne sont plus malades, elles n'ont qu'à agir en conséquence. Car, agissant comme elles l'ont fait ce matin, elles ne font que projeter leur déséquilibre mental.

A la sortie, Dolorès m'attend et inquiète me demande si, après ce qu'elle a fait, on va penser qu'elle est malade. J'essaie de lui démontrer que de bonnes dispositions pour la boxe ne sont pas forcément un facteur d'adaptation sociale et qu'elle ferait bien de méditer les conseils de sagesse édictées en fin de meeting.

L'unanimité s'est faite contre elle parmi les infirmières qui s'entendent toutes pour conclure qu'elle est très malade. En quoi consiste la

maladie et quelle thérapeutique faut-il envisager ? Cela est un autre problème. En tous cas, on émet déjà l'avis que ce n'est pas le type de malade pour un service libre et une agressivité à peine déguisée se fait jour à l'encontre de "la cheftaine", qui a choisi les dernières malades dans le service des admissions.

Traitement : S.M.F. : 100 mg

14 Décembre - Meeting plus calme ce matin du côté de Dolorès. Pour les autres, c'est bien différent. Il a encore fallu séparer deux des dernières entrées. Un retour en service fermé a été décidé par le Dr. D. pour l'une d'elles.

Il a un entretien privé avec Dolorès et un médecin-résident. La conclusion est schizophrénie.

On essaie une nouvelle drogue : le S.M.F. II.784 qui est "un modificateur des états d'anxiété", un analogue du méprobanate.

Dolorès n'en paraît pas enchantée, car cela n'est pas fait pour étayer sa thèse qui veut que n'étant pas malade, elle n'a pas besoin de thérapeutique.

Elle commence à réclamer une sortie de week-end. Pour le moment, il n'y a pas de décision à prendre, car on se retranche derrière la règle établie qui veut que toute nouvelle malade ne peut sortir pour un jour avant trois semaines passées dans le service.

17 Décembre : Traitement : S.M.F. : 120 mg par jour.

20 Décembre : Dolorès paraît douée maintenant d'un caractère plus égal. Rien de particulier aux meetings. Elle s'est intégrée à la table de Phillis et de Valérie, réputées elles aussi pour être "des malades difficiles". Elles se contentent de parler entre elles à voix basse et de rire soudain très fort.

Comme l'on s'étonne de ce changement si rapide, j'avance que peut-être a-t-elle compris que si elle voulait sortir rapidement, elle avait intérêt à faire ses preuves. Les partisans de la thèse schizophrénie sont plutôt d'avis que c'est un effet de la médication, car une schizophrène est incapable de se surveiller. Le rapport du soir fait état de ce que Dolorès s'est plainte de céphalées qui ont débuté au cours de sa mise en plis chez le coiffeur. Elle pense que c'est un effet de sa thérapeutique.

21 Décembre - Le chef de service part en congé pour deux semaines. Avant son départ, je demande quelques directives pour les week-ends. Je fais part de mes inquiétudes : il se pourrait très bien que Dolorès ne revienne pas. Pas de problème : au bout de trois semaines, feu vert pour les permissions.

26 Décembre : Le matin, Valérie vient me voir des mon arrivée dans le service. Elle me dit qu'elle s'est disputée hier soir avec Mme C. : elle lui avait demandé de lui passer ses vêtements et Mme C. s'est mise à l'insulter sans raison. Tout ceci cache une culpabilité qui cherche à se faire pardonner.

Les infirmières du soir ont rapporté cette querelle dans leur rapport. Il faut dire que Mme C. a eu la malencontreuse idée de chercher à nouveau refuge dans son délire alors qu'on s'apprêtait à la faire sortir du service. Dolorès s'en est mêlée et les malades se sont plaintes de son langage injurieux. C'est parait-il la deuxième querelle de la semaine qui met aux prises les mêmes protagonistes. Dolorès et Valérie se moqueraient sans cesse de Mme C. et personne n'ose rien dire.

Ceci est débattu au meeting médical. Le Dr. M. me demande de lui parler. Pourquoi ? Il sera impossible de savoir qui a raison et d'autre-part Mme C. est délirante et Dolorès et Valérie sont schizophrènes. Dr. M. : " il n'est pas question de savoir qui a raison ou a tort ; c'est une affaire de discipline. Je leur parlerai ".

Effectivement, le Dr. M. convoque Dolorès et Valérie séparément, qui viennent de suite après me demander si elles pourront quand même aller en week-end.

- Traitement : S.K.F. : 150 mg par jour.

28 décembre - Je dois faire assaut journallement aux plaintes de Dolorès : la médication est trop forte pour elle, elle a des nausées (nous avons dû arrêter ce produit chez une malade qui manifestait des nausées et vomissements s'accompagnant d'une perturbation des tests hépatiques). Elle est trop endormie. Le médecin qui a en charge l'expérimentation continue imperturbablement d'augmenter les doses, comme prévu par le protocole d'expérimentation. Il essaie en vain à chaque interview de mettre en évidence quelques symptômes psychotiques. mais Dolorès se contente d'afficher un sourire ironique et se moque assez ouvertement de tout le monde dans le service.

Dans l'après-midi, une surprise-partie est organisée pour les malades du service. Distribution de cadeaux, puis rafraichissements et danse au son d'un orchestre. Dolorès s'en donne à coeur-joie. Elle est accoudée contre le piano et rythme la musique d'une manière très suggestive, rappelant Brigitte Bardot dans "la Vérité"

30 Décembre - Dolorès a bénéficié de sa première permission de week-end. Sa mère est venue la chercher dimanche pour deux jours. Dans l'après-midi, elle appelle le service par téléphone et déclare aux infirmières que peu de temps après avoir pris ses comprimés, le visage et le corps de sa fille se sont mis à enfler.

2 Janvier 1963 - Extraits cortico-surrénaux ajoutés par le Dr. D. 15 mg par jour.

3 Janvier - Le cahier de rapport mentionne qu'à 17 h. 30, Dolorès a dit qu'elle se sentait sur le point de dévaster les lieux, c'est-à-dire de casser les vitres et vider les lits. Elle a ajouté que seul le Dr. D. la retenait ici.

7 Janvier - Une malade délirante s'est mis le feu à sa chevelure. C'est l'affolement général parmi les malades et quelques infirmières. Seules Dolorès et Phyllis n'ont pas perdu leur sang-froid et prodiguent leurs soins à M-A. C.

9 Janvier - Mme G. est toujours très délirante. Elle s'en prend à Dolorès qui n'apprécie pas cela. Elle l'a traitée de toxicomane, d'habituee des milieux louches de Greenwich-Village. Une violente dispute s'en est suivie.

- Arrêt des extraits cortico-surrénaux
- S.K.F. : 225 mg par jour.

10 Janvier - Chaque semaine, nous présentons à tour de rôle une malade, aux fins d'interview, à un groupe de psychanalystes de l'université de Columbia.

Je demande à Dolorès si elle veut bien être interviewée. Elle accepte sans difficulté.

Le Dr. A. conduit l'entretien. Dolorès raconte ce qu'elle a pris l'habitude de dire à propos de son admission dans un hôpital psychiatrique. Elle ne dit que ce qu'elle veut bien concéder mais petit à petit lâche du terrain, surtout lorsqu'un des psychanalystes prend le relai. Il entre dans son jeu de défense et essaie de lui faire entendre qu'elle sortirait plus vite d'un hôpital psychiatrique en reconnaissant ses hallucinations qu'en les niant. Mais Dolorès ne s'en laisse pas compter. Elle omet de dire qu'elle a un premier enfant vivant avec son père, mais il compte si peu pour elle...

A la fin de l'interview, le problème diagnostique est abordé, mais non résolu : les psychanalystes ne prennent pas position, les résidents sont partagés...

Quant à Dolorès, elle me demande, à l'instar d'une actrice débutante, si elle a bien tenu son rôle...

14 Janvier : Le Dr. D. augmente le S.K.F. à 300 mg par jour. Il se demande si elle prend bien sa médication. Il décide d'ouvrir les capsules de S.K.F. et de lui faire prendre la poudre délayée dans de l'eau, ceci pour répondre à l'affirmation d'une infirmière de l'ergothérapie qui a déclaré que Dolorès se vantait de recracher ses capsules.

17 Janvier : L'équipe médicale est réunie pour un contrôle des malades au S.A.F. 11.784.

Dolorès se plaint d'être obligée d'avaler cette poudre qui a un goût affreux. D'autre-part, elle est ulcérée par notre manque de confiance. Le Dr. S. lui explique que ce n'est pas parce qu'on la suspecte de tricher que l'on a décidé cela, mais parce que le Dr. D. pense que la médication incluse dans une capsule est moins assimilée.

Dolorès a dépassé le laps de temps prévu pour l'expérimentation de ce médicament. Que fait-on ? Le Dr. S. est d'avis de tout arrêter et de lui donner une autre thérapeutique. Je propose d'essayer une phénothiazine pour

ne pas laisser passer la chance de traiter une schizophrénie à son début, si schizophrénie il y a. Le Dr. M. s'étonne et propose un tranquillisant, type Equanil, car il n'y a pas de doute, elle est psychopathe. Il en était moins certain 15 jours plus tôt, mais comme elle n'a pas réagi dans un bon sens à ladite expérimentation, il en déduit maintenant qu'elle n'est nullement psychothique.

Finalement, on décide de tout arrêter et de demander conseil au Dr. D.

18 Janvier - Le Dr. D. demande quel est notre problème avec Dolorès. Je lui dis que c'est avant tout un problème diagnostique d'où découle une indication thérapeutique. Il tranche le débat en approuvant le diagnostic de psychopathie et me demande de préparer sa sortie. Comme elle n'est pas passée devant la Commission qui pose le diagnostic officiel, je demande si on attend cette Commission avant de décider la sortie où si on propose la sortie à la même Commission. Le Dr. D. répond de tout faire en même temps.

21 janvier - Je rédige le rapport de sortie ; je résume l'observation médicale, insiste sur les caractères de sa personnalité psychopathique. Je conclus qu'il est difficile de savoir si elle a eu ou non été hallucinée et qu'en tous les cas, dans le service, elle n'a montré aucun trait psychotique. Je propose donc le diagnostic de personnalité psychopathique sans désordre mental et je mets la malade au librium 75 mg.

24 Janvier - Je donne à Dolorès une autorisation pour un week-end de cinq jours afin de lui permettre de trouver un travail à l'extérieur.

28 janvier - Dolores, qui doit entrer ce soir, téléphone qu'elle n'a pas d'argent pour revenir. Il lui est répondu qu'elle ne peut absolument pas passer la nuit dehors, car sa permission se termine ce soir. Elle revient à 22 h. en taxi...

30 janvier - Dolorès n'a pu être présentée à la commission, la secrétaire du service est malade, les papiers ne sont pas prêts. Elle est évidemment furieuse, car cela retarde sa sortie. Elle a trouvé du travail, mais me rassure tout de suite en disant qu'elle n'en veut pas. Elle me demande une permission pour en chercher un autre. Pensant que cela n'est qu'un prétexte pour courir les rues au lieu de rester à l'hôpital, je refuse.

4 février - Depuis son retour dans le service, Dolorès est vraiment impossible. Elle affiche une tenue très caractéristique : jupe noire, bas noirs, corsage noir et bandeau noir dans les cheveux, qu'elle porte ou très en avant presque sur les yeux, ou très en arrière, suivant l'humeur du moment. De temps en temps, elle se voile la face avec un foulard de soie noire.

Elle est de plus en plus agressive avec tout le monde. Elle refuse de travailler à l'ergothérapie, passe son temps dans le hall de l'hôpital. Elle clame ubi et orbi qu'elle n'est pas malade, qu'il n'y a aucune raison de la

garder à l'hôpital. Aux meetings, elle prend à partie toute malade qui veut parler, elle est insultante, vulgaire, obscène au besoin.

5 février - En psychothérapie de groupe, le problème Dolores est abordé. L'hostilité réactionnelle du groupe se manifeste en plein jour. Les malades en ont peur et aimeraient qu'elle soit transférée.

6 février - Le Dr. K. voit Dolores en commission spéciale pour diagnostic et sortie. Elle est partie ce matin d'humeur et de vêtements très sombres.

En réunion du matin, une malade se plaint de Dolores, qui se serait battue hier soir au bal et aurait continué dans le service, avec la même malade. Susan trouve que ce n'est pas fair-play d'accuser un absent et propose de reporter le débat au lendemain.

En réunion d'équipe médicale, chacun fait part de son appréhension au sujet de Dolores, qui s'affirme de plus en plus impossible.

7 février - Mme B. me téléphone et me dit qu'elle n'a pas vu sa fille depuis 15 jours. Elle a passé son dernier week-end en principe chez son cousin, mais en fait est sortie avec ses amis et a passé son temps à boire. Elle a peur d'elle et ne veut pas être responsable pour ce qu'elle peut faire lorsqu'elle n'est pas à l'hôpital.

Le Dr. K. fait parvenir sa réponse : il pense que le diagnostic n'est pas clair. En effet, en raison du certificat de Bellevue Hospital il est difficile d'ignorer qu'elle a dû passer par un épisode psychotique. De plus, la malade est hospitalisée depuis plus de huit semaines et a donc été certifiée psychotique. Il suggère de lui faire passer les tests psychologiques et demande à la revoir dans deux semaines. Il propose comme diagnostic : " psychose non diagnostiquée. Condition améliorée ".

8 février - J'explique au Dr. D. que le Dr. K. demande un test psychologique afin de l'aider à poser un diagnostic. Je lui fais part de l'impression de l'équipe médicale devant le fait que Dolores doit rester encore ici 15 jours et lui demande s'il pense qu'elle doit être gardée dans le service ouvert. Il me répond de lui expliquer ce qu'il en est.

Je vois Dolores et lui dis que le Dr. K. demande à ce qu'elle passe un test psychologique avant de décider sa sortie. Elle me demande ce que c'est. Je lui explique qu'il s'agit de lui poser des questions afin d'évaluer ses possibilités intellectuelles en vue d'une orientation professionnelle. Elle me demande si c'est ce qu'elle a déjà passé en arrivant à l'hôpital, je lui réponds oui, mais en plus développé. Elle devient suspicieuse et me demande si ce n'est pas un piège pour la garder ici. Elle déclare qu'elle a peur de recevoir des électro-chocs ou d'être utilisée comme cobaye pour des expérimentations. Je la rassure là-dessus et lui dis qu'il ne s'agit que d'un test et que cela n'a rien à voir avec sa thérapie. Elle me demande alors si elle pourra quand même rentrer chez elle si elle ne réussit pas le test. Je lui réponds que ce n'est pas un examen, mais qu'il s'agit uniquement d'évaluer ses possibilités et

que dès que le Dr. K. aura le résultat il lui permettra de rentrer chez elle. Elle paraît rassurée. Elle me demande alors une permission pour passer son week-end chez elle. Je lui demande où elle est allée la semaine dernière, elle me répond : " chez mon cousin parce que ma mère était malade ". Je lui dis que sa mère m'a téléphoné et qu'elle était inquiète de ne pas l'avoir vue, qu'elle ne voulait pas être responsable pour elle lorsqu'elle n'était pas là. En conséquence de quoi, je lui donnerai une permission uniquement si sa mère veut bien venir la prendre.

A 13 h. 30, je reçois un coup de téléphone de sa mère, qui m'explique que Dolores s'est sauvée de l'hôpital et est allée la voir: elles se sont disputées parce qu'elle lui avait dit qu'une amie l'avait vue ivre lors d'un dernier week-end. Dolores est alors devenue très excitée, a menacé de se jeter par la fenêtre, puis est partie en déclarant qu'elle allait tuer la fille qui avait raconté tous ces mensonges sur elle. La mère nous donne l'adresse de cette fille et une ambulance est envoyée à la recherche de Dolores.

Le Dr.D. est mis au courant et déclare qu'il va la transférer dans un service fermé.

A 14 h. 30, la soeur de Dolores me téléphone et me dit qu'elle va la ramener. Le Dr. D. décide alors de ne la transférer que pour deux jours en service fermé, car il pense que Dolores n'est pas responsable de sa fugue. Il déclare qu'il s'occupera de la malade lundi.

A 15 h. Dolores est de retour. Lorsqu'elle apprend qu'elle va être transférée en service fermé, elle éclate en sanglots et supplie qu'on la garde ici. Elle ne veut pas croire qu'elle reviendra lundi. Sa soeur me raconte qu'à l'âge de 14 ans elle s'appartenu à un gang de jeunes et a passé un an et demi en maison de correction : Hudson training school of girls. Elle me fait part de ses inquiétudes au sujet de sa soeur car elle se demande si elle est réellement malade ou si ce ne sont que des troubles caractériels. Elle me dit qu'elle veut bien s'occuper de l'enfant lorsque Dolores sortira, mais qu'elle ne veut pas l'adopter, comme Dolores l'a pensé.

11 février : Dolores revient dans le service. Au meeting du matin, auquel elle n'assiste pas, les malades parlent d'elle et déclarent qu'elle leur a dit qu'elle voulait se suicider. Dans la matinée elle vient me voir très en colère, en disant : " il paraît que "les malades" ont parlé de moi au meeting ? Qu'est-ce que c'est que cette histoire ? Elles sont vraiment impossibles, comment savent-elles que je voulais me suicider ? Je n'ai rien dit à personne. Il faut croire que vous le leur avez dit puisqu'elles savent ". " Est-ce que vous voulez vraiment mourir ? ". " Qui veut mourir ? J'ai dit simplement cela pour effrayer ma mère ".

13 février - Le meeting du matin commence. Dolores se lève et demande au Dr. D. si elle peut commencer à parler. Après une réponse affirmative, elle élève une longue protestation contre Miss Y. Hier dans la soirée, celle-ci aurait jeté ses vêtements à terre sous prétexte qu'ils étaient sur sa chaise. Dolores pense que les chaises n'ont pas de propriétaire attribué et que par conséquent,

la dite malade a eu tort. Elle fait remarquer qu'elle n'a pas eu de réaction violente et par la-même a fait preuve de beaucoup de compréhension. Cependant, ajoute-t-elle, la prochaine fois il n'en sera pas de même. La malade accusée proteste et nie catégoriquement. Elle se plaint à nouveau de la gifle que Dolores lui a lancée un jour. " Vous n'aviez qu'à ne pas m'appeler negresse ". " Je respecte les noirs, mais vous, vous avez un vocabulaire grossier ". Une malade donne raison à Dolorès, elle est la seule. Puis Dolores se plaint de n'avoir pas pu prendre de douche depuis 6 jours en raison de son transfert. Enfin, elle n'a pas pu dormir hier soir en raison de la séance de cinéma dans le service. Elle fait remarquer qu'elle a la bouche sèche à cause de son traitement. Puis, en fin de meeting, elle me demande qui doit lui donner sa permission pour le week-end ; je lui réponds : " Le Dr. D. ".

Au meeting médical, une agressivité généralisée se fait jour contre Dolorès. On se plaint qu'elle ne fait rien comme les autres, qu'elle s'attaque toujours aux malades les plus faibles. Une infirmière demande quand elle doit partir. J'explique alors que le Dr. K. a demandé un test psychologique afin de porter un diagnostic. Une infirmière se récrie : " Pourquoi grand dieu ! On a réellement besoin d'un test pour voir à qui on a affaire ! ". Un médecin ajoute : " c'est sans doute pour voir si elle est adaptable à l'extérieur ", ce qui provoque un rire général.

Lors d'une réunion de médecins, on discute à nouveau le cas Dolorès. Deux résidents sont pour le transfert dans un service fermé. L'une d'elle ajoute pour expliquer sa décision : " j'ai réellement peur d'elle physiquement ".

Dans l'après-midi, le Dr. D. cherche Dolorès pour savoir les motivations de sa fugue. Cette dernière raconte toute une histoire sur sa mère et sur la personne qui a dit qu'elle buvait. Aucune relation avec sa sortie différée. Le Dr. D. téléphone au Dr. K. pour essayer d'activer sa sortie. Un peu plus tard il m'annonce qu'il voudrait bien avoir un entretien avec moi le lendemain;

14 Février - Dolorès commence le meeting en blâmant une malade de n'en avoir pas dénoncé une autre qui fumait dans son lit et risquait de mettre le feu.

Puis elle a une dispute avec Miss W. qui lui demande où elle était hier : " j'étais dans le service récréationnel ". " - Personne ne le savait ". " Qui vous a donné l'autorisation ? " - R. : " Le Dr. D. sait que je ne vais pas à l'ergothérapie ".

Elle explique ensuite qu'il lui a demandé de rester dans le service parce qu'il veut la voir, ce qui pour elle signifie qu'elle n'a pas à assister à l'ergothérapie, car l'ergothérapie ne fait pas partie du service. Là-dessus, s'élève une discussion pour savoir si l'ergothérapie fait ou non partie du service, discussion vite stoppée.

Dolores : " A qui dois-je demander ma permission ? " - Dr. W. : " le Dr. D. décidera ". - Dolorès : " c'est toujours la même chose, vous me dites de demander au Dr. D., il me répond de vous demander ".

A 13 h. 30 le Dr. D. me reçoit.

Dr. D. : " - Qu'est-ce qu'il se passe avec cette malade ? "

Dr. N. : " - Dolorès B. ? "

Dr. D. : " - Oui "

Je lui explique que le Dr. K. n'a pas été d'accord sur le diagnostic, qu'il a demandé un test psychologique et veut la revoir dans deux semaines.

Dr. D. : " - Lui aviez-vous promis qu'elle sortirait des qu'elle aurait vu le Dr. N. ? "

Dr. N. : " Non, je lui ai dit que c'était au Dr. K. de décider si elle était apte à quitter l'hôpital ou non. Le fait qu'il n'ait pas accepté le diagnostic vient de ce qu'elle a été notifiée comme schizophrène à Bellevue Hospital et que la maladie de la secrétaire a retardé son passage devant la Commission. Ce qui fait que lorsqu'elle a été présentée au Dr. K. elle était hospitalisée depuis plus de huit semaines et donc certifiée psychotique. Il lui était donc impossible d'admettre le diagnostic de psychopathie, même s'il l'approuvait "

Dr. D. : " - Etiez-vous au courant de ce processus ? "

Dr. N. : " - Non, je ne l'ai su qu'après "

Dr. D. : " - J'ai tous les jours des plaintes à son sujet, de la part de tout le monde. Est-ce que vous lui parlez ? "

Dr. N. : " - Oui, mais en pure perte, elle est inaccessible "

Dr. D. : " - Qu'est-ce que vous faites pour elle au point de vue thérapeutique ? "

Dr. N. : " - Ce que vous m'avez conseillé. Au début, vous avez parlé de diagnostic de schizophrénie et avez mis la malade au S.R.L. II.764. Au bout d'un mois, vous avez pensé alors qu'elle était psychopathe et avez arrêté tout traitement. Je l'ai alors mise au librium "

Dr. D. : " - Croyez-vous que ce soit un traitement de la psychopathie ? "

Dr. N. : " - Je ne crois pas qu'il y ait un traitement de la psychopathie "

Dr. D. : " - Pourquoi me l'envoyez-vous pour obtenir une permission ? "

Je lui explique que la semaine dernière sa mère m'a téléphoné pour me dire qu'elle n'avait pas vu Dolorès lors du dernier week-end, qu'elle aurait passé à boire avec des amis. Elle m'a dit qu'elle ne veut pas être responsable pour ce que sa fille peut faire à l'extérieur. Lorsque j'ai expliqué à Dolorès qu'elle devait rester dans le service pour passer des tests psychologiques, sur la demande du Dr. K., elle m'a demandé une permission de week-end. Je lui ai alors dit que sa mère s'était plainte de ne pas l'avoir vue la semaine dernière et qu'elle ne voulait pas prendre sur elle ce qui pouvait arriver à sa fille lorsqu'elle sortait avec d'autres. Je lui ai dit alors qu'elle pourrait avoir une permission si sa mère venait la chercher, je lui ai donné l'autorisation de lui téléphoner. Dolorès s'est sauvée et s'est disputée avec sa mère qui lui reprochait d'avoir bu, selon les dires d'une amie. Dolorès est alors partie à la recherche de cette amie, menaçant de la tuer. Ne l'ayant pas trouvée, elle est allée chez sa soeur, qui l'a ramenée.

Dr. D. : " - Je n'ai pas les éléments nécessaires pour juger et je ne peux connaître toutes les malades. Si je dois prendre les décisions pour vous, je fais votre travail et vous êtes payé pour rien "

Dr. N. : " - Si je vous l'ai envoyée, c'est parce qu'effectivement je ne voulais pas prendre de décision pour elle "

Dr. D. : " - Si vous aviez à prendre une décision, que feriez-vous ? "

Dr. N. : " Je ne lui donnerais pas de permission "

Dr. D. : " - Si un médecin de l'hôpital du V. recevait cette malade dans son bureau, que ferait-il si elle lui demandait une permission sans qu'il connaisse les faits réels ? "

Dr. N. : " - Il lui demanderait d'attendre. L'appellerait et verrait ce que j'en pense et nous prendrions alors une décision commune. Lorsqu'elle s'est sauvée, vous n'avez pas cherché à savoir ce qu'il en était réellement, vous avez de suite déclaré que c'était de ma faute ".
 Dr. D. : " - Evidemment c'était de votre faute. Lorsqu'une malade se sauve, ce n'est jamais de sa faute, c'est toujours la faute du médecin ou de l'équipe soignante. Tout le monde a peur d'elle, c'est à vous d'arranger cela ".
 Dr. N. : " - C'est pour cela que je ne prends pas de décision et vous l'envoie. Je dégage ma responsabilité sciemment ".
 Dr. D. : " - Qu'est-ce que cela veut dire ? "

Dr. N. : " - qu'il y a un manque de relation entre nous ".
 Dr. D. : " je suis là tous les jours ".
 Dr. N. : " - Je veux dire qu'il y a un manque de corrélation dans nos décisions "

Dr. D. : " - Que proposez-vous pour cela ? "

Dr. N. : " Que l'on se voit trois quart d'heure une fois par semaine pour discuter de toutes les malades ".
 15 h. 45 : le Dr. D. reçoit Dolorès dans son bureau.

15 h. 55 : Le Dr. D. me dit qu'il vient de voir Dolorès. Il lui a dit qu'elle pourrait avoir une permission si sa mère était d'accord pour venir la chercher et signer un papier de discharge. Elle peut téléphoner pour le lui annoncer.

16 h. : Dolorès a passé son test. Le Dr. D. lui a dit qu'elle pourrait sans doute sortir la semaine prochaine. Elle m'annonce cela assez satisfaite d'elle-même, car elle sait que je ne le sais pas. Puis elle me parle du test : " il m'a posé des questions idiotes. Il a essayé de me rendre folle".

15 février : Ce matin Dolorès est rayonnante. Elle m'accueille par un bonjour retentissant, puis enchaîne en disant : " je suis d'excellente humeur aujourd'hui, ma mère va venir vous voir. Elle vient pour me faire sortir ".
 Miss. W. arrive et elle lui lance : " bonjour Jacky Kennedy ". Puis elle demande à une malade confuse : " Pourquoi pleurez-vous le matin en vous levant ? " Réponse : " Est-ce que je fais cela ? ". Une autre malade s'interpose et dit : " elle est confuse ". " C'est vrai, je ne m'en souvenais pas," dit Dolorès.

Melle D. dort sur la table. Dolorès se penche vers elle et lui parle à l'oreille. Melle D. se relève en souriant. Puis Dolorès demande à une autre malade les raisons pour lesquelles elle la regarde si fixement.

Les seules malades qui parlent sont celles groupées autour de Dolorès. Elles parlent entre elles de nourriture. Puis soudain Dolorès s'adresse au Dr. M. : " Hello, Dr. M. " ; se tournant vers moi : " il est si gentil ! ".

Elle parle alors longuement des tests qu'elle a passés. Elle veut montrer qu'elle a gagné le jeu, mais en fait est assez inquiète du résultat. Elle a peur d'avoir donné de mauvaises réponses et elle demande à Susan ce qu'il fallait répondre : " il m'a demandé quelle était la similarité entre une chaise et une table, j'ai répondu : je m'assois sur une chaise et mange sur une table ". Susan : " la réponse était : ce sont des meubles ". Dolorès : " c'est bien ce que j'ai répondu, mais il voulait deux réponses.." Puis elle continue à tourner en ridicule tout ce que lui a demandé le psychologue. Tout le monde rit.

Elle s'adresse au Dr. B. : " j'ai vu Mme G. Elle va bien. Elle vous envoie le bonjour. Elle va sortir. Mme C. va bien aussi, elle va bientôt sortir. Elle n'est plus à une drogue expérimentale ". Dr. B. : " Elle ne l'a jamais été ". Dolorès : " En tous cas, elle va bien avec du Largactil ".

Commentaire du cahier de rapports : ce matin Dolorès était absente pour le petit déjeuner ; elle était allée téléphoner.

14 h. - Mme B. vient pour prendre sa fille. Elle me raconte ce qui s'est passé la semaine dernière. Dolorès l'a menacée de se suicider et d'écrire une lettre dans laquelle elle accuserait sa mère de meurtre. Nous convenons qu'elle quittera le service à 16 h. comme les autres.

14 h. 20 - Dolorès vient me demander de partir maintenant pour aller voir l'assistante sociale "down-town", celle qui a pris en charge son enfant. Je refuse. " - Puis-je demander au Dr. D. ? " - R. : " Non ".

19 février - Au meeting, Dolorès se plaint à nouveau de sa médication. Puis elle demande quand elle va sortir. Réponse : aussi tôt que possible. Enfin, elle s'amuse à faire délirer Mme Tr. , malade depuis 32 ans, et fait rire son auditoire par là-même.

Les tests psychologiques apportent comme réponse : " En résumé, il s'agit d'une personnalité émotionnelle instable, pauvrement intégrée, manifestant un comportement mal adapté et un déficit caractériel. Il n'y a rien qui puisse faire penser à une organisation d'une personnalité schizoïde ou à un comportement psychotique ".

" Impression diagnostique : Personnalité psychopathique, émotivité pathologique ".

20 février - La malade est envoyée au Dr. K. pour qu'il prenne connaissance du test, porte un diagnostic et décide de sa sortie. Le diagnostic proposé est : psychose avec personnalité psychopathique. Le Dr. K. décide de présenter cette malade le jour même à une conférence médicale hebdomadaire. Avertie de cela, Dolorès est ravie et expose à tout un groupe de jeunes admirateurs qu'elle est le cas médical du jour qui va être présenté. Ces derniers demandent d'ailleurs à l'accompagner.

Dolorès est interviewée par un résident devant une grande assemblée de médecins, psychologues, assistantes sociales. Elle maintient son histoire :

à savoir qu'elle désirait échapper à une peine possible de prison, qu'elle a déclaré au psychiatre en justice qu'elle entendait des voix afin d'être envoyée à l'hôpital psychiatrique. Elle déclare que tout ceci était faux. Elle nie avoir réellement abandonné son enfant, disant qu'elle l'a seulement laissé chez son cousin et que son cousin a menti au juge. Quand on l'interroge sur ses idées de suicide, elle les dément vigoureusement, disant qu'elle a beaucoup trop de plaisir à vivre pour vouloir se suicider. Elle se plaint de ne jamais rien savoir sur ce qui va être décidé pour elle et dit que lorsqu'elle demande quelque chose au médecin il lui répond d'aller voir le Dr. N. et lorsqu'elle demande quelque chose au Dr. N. il lui répond chaque fois qu'il ne sait pas.

Au moment de quitter la salle, elle se retourne et demande au Dr.K. quand elle pourra sortir. Il lui répond qu'il va en être discuté.

Dans la discussion qui s'ensuit, certains médecins pensent qu'il s'agit d'un processus schizophrénique, d'autres qu'il s'agit d'une psychopathe qui a présenté un épisode psychotique paranoïde : l'éventualité d'un envoi en prison a été si menaçant pour elle qu'elle est entrée dans un épisode psychopatique comme cela arrive non infrequently chez une personnalité psychopathique. Le certificat d'internement de Bellevue Hospital indique assez clairement un tel épisode. L'examen clinique et psychologique actuels ne montrent pas d'état psychotique. Sa sortie est approuvée. Le diagnostic suivant est porté : psychose (épisode paranoïde) chez une personnalité psychopathique).

Etat à la sortie : guérie.

La malade peut sortir sous sa propre responsabilité. Aucune thérapeutique n'est envisagée, ni aucune consultation ultérieure.

21 février - J'annonce à Dolores qu'elle peut partir, sous sa propre responsabilité, le jour même. Elle paraît déçue et me demande si elle ne pourrait sortir que lundi prochain. Je suis étonné de cette demande, car elle était tellement pressée de sortir. Elle ne dit alors qu'elle voudrait bien assister au bal qui a lieu mardi et qu'elle veut bien sortir, à condition de pouvoir revenir ce soir là.

A 16 h. elle quitte l'hôpital.

Le cahier de rapport mentionne que Dolores a décidé qu'elle irait au bal et au cinéma donnés dans le service et de ce fait elle est revenue le soir même pour assister à la séance de cinéma ; elle a déclaré qu'elle appellerait le docteur le lendemain pour lui parler.

22 février - Dolores téléphone dans l'après-midi. Elle pleure, veut revenir pour voir le Dr. D. et se faire admettre à l'hôpital en placement volontaire. Elle a entendu dire que le Docteur serait là le lendemain. Elle dit que sa famille ne la veut pas chez elle et qu'elle ne sait où aller. Elle viendra lundi.

25 février - Au meeting du matin, une malade, Mme L. se lève et se faisant le porte-parole des autres, déclare que tout le monde est bien content que Dolores

soit partie (cette malade sera plus tard appelée la nouvelle Dolorès et sera transférée en service fermé pour son comportement).

Au meeting médical, lorsqu'on lit le rapport mentionnant le fait que Dolorès voulait revenir et est revenue, l'infirmière-cheftaine se récrie en disant : " - on ne devrait pas lui permettre de revenir " et elle conclut : " elle se sentait trop bien ici et ne voulait plus partir. Lorsque le Dr. D. apprend les faits, il déclare : " elle est réellement psychopathe, il faut toujours qu'elle fasse le contraire de ce que l'on veut ".

Dans la matinée, je reçois un coup de téléphone de sa mère qui me déclare en avoir assez de Dolorès. Elle m'apprend que sa soeur a dû appeler la police pour la mettre à la porte de chez elle, que lorsqu'elle est retournée vivre chez son cousin, elle a appelé la police elle-même en disant qu'elle avait trouvé le gaz ouvert plusieurs fois et accusant son cousin de vouloir la tuer. Elle voudrait être sûre qu'elle n'est pas du tout responsable de ce que sa fille fait, car Dolorès lui a dit qu'ayant signé un papier elle était responsable pour elle. Elle se défend en disant qu'elle n'a jamais rien signé et que ce n'est pas elle qui l'a fait hospitaliser.

Dans l'après-midi, Dolorès est dans le service. Elle est toute habillée de noir, des pieds à la tête : souliers, pantalon, manteau et foulard. Elle a son air des mauvais jours. Elle me raconte qu'elle ne sait pas où loger, que sa soeur ne veut pas le prendre et l'a fait mettre à la porte par un policier ; elle me dit qu'elle ne veut plus vivre avec son cousin, qui ne serait pas son cousin, mais le petit ami de sa mère, qui ne veut pas que cela se sache et qui le fait passer pour un cousin. Elle me dit qu'il a essayé de la tuer en ouvrant le gaz et qu'elle a été obligée de le fermer plusieurs fois de suite. Elle a même appelé la police pour s'en plaindre. Je lui fais remarquer qu'étant lui aussi dans l'appartement il risquait l'asphyxie lui-même, elle ajoute alors qu'il s'enfermait dans la salle de bains avec la fenêtre grande ouverte. Une résidente du service la prend en pitié et la met en rapport avec l'assistante sociale pour obtenir une aide financière, qu'elle n'a pu obtenir elle-même en allant au bureau d'aide sociale. Elle déclare qu'on lui a dit que si le cousin en question n'était pas un cousin, mais le petit-ami de sa mère, elle pourrait obtenir de l'argent. Dans le cas contraire, elle n'aurait rien.

26 février - L'infirmière cheftaine laisse supposer qu'il doit y avoir une entente entre Dolorès et Melle L., car elle les a vues se parler et Melle L. lui disait : " n'oublie pas ma commission ". Elle ajoute que lorsque les employés ont vu Dolorès revenir elles ont toutes eu peur qu'elle soit à nouveau hospitalisée et elles se sont exclamées : " Elle revient, elle revient ! ". On apprend alors qu'elle a encore laissé ses vêtements ici, ce qui laisse supposer une prochaine visite. Bien entendu, elle est accusée des menus larcins qui depuis quelque temps se produisaient dans le service.

27 février - Elle est à nouveau dans le service et discute avec quelques autres malades. Elle est sommée de reprendre ses affaires et de ne plus revenir.

29 mai - Dolorès vient me voir et me demande un certificat de séjour. Elle veut travailler, car l'aide sociale vient d'être suspendue et elle est sans ressources et toujours sans emploi.

Nous retrouvons donc, au terme de cette observation, toutes les inter-relations que nous avons étudiées en détail dans les chapitres précédents. Essayons de les analyser.

Dolorès a été hospitalisée contre son gré, par une décision judiciaire.

Pendant tout son séjour, elle va donc tenter de prouver qu'elle n'est pas une malade mentale et essayer de semer le désaccord dans l'équipe médicale pour profiter au mieux de nos faiblesses.

Ce comportement lui vaut d'emblée l'hostilité quasi générale des autres malades, sauf deux ou trois caractérielles qui s'identifient à elle dans leur opposition au service.

A plusieurs reprises, les malades demanderont son transfert dans un autre service et exprimeront une vive satisfaction à sa sortie.

Le personnel infirmier la rejette aussi en bloc, même une jeune infirmière instable qui est assez attirée par elle, mais qui, ne pouvant arriver à la dominer, la redoute.

Les médecins sont très partagés. En fait, à propos de ce cas, éclatent des conflits de rivalité ancienne. Il ressort très nettement que je suis en opposition avec le médecin-chef. Cette opposition est apparemment basée sur le plan diagnostic. Un peu plus profondément apparaît mon agressivité à l'égard de l'expérimentation pratiquée dans le service. Encore plus profondément, c'est un conflit de rivalité père-fils. Je suis agressif contre l'autoritarisme du chef de service et je refuse sa domination. Celui-ci est agressif à mon égard, parce que je ne suis pas intégré au service et conteste son autorité.

Il y a aussi un conflit entre moi et le Dr. A. Là aussi, le diagnostic médical n'est qu'un prétexte. En fait, je lui reproche sa soumission au Dr. D. De plus, il se trouve que ce dernier étant absent, c'est le Dr. A. qui le remplace et poursuit l'expérimentation. Mon agressivité se déplace donc sur lui. Etant plus jeune, ayant moins d'expérience psychiatrique que moi, il se trouve être mon chef et prend en charge le traitement d'une de mes malades. Lorsqu'une question de discipline se pose, il veut m'en faire prendre la responsabilité. Je refuse de me soumettre.

L'attitude de ces deux médecins a été d'abord de considérer Dolorès comme une malade mentale et d'essayer un traitement en expérimentation. Devant l'échec thérapeutique, leur attitude a changé et la malade a été rejetée. De schizophrène, elle est devenue psychopathe et le rejet a été camouflé par une sortie définitive.

C'est alors qu'est apparu un conflit avec l'administration représentée par le médecin-directeur. Celui-ci n'a pas voulu accepter le diagnostic présenté, car les papiers d'admission parlaient nettement d'idées délirantes. En fait, étant donné que le temps d'hospitalisation a dépassé les huit semaines, administrativement, la malade doit être diagnostiquée psychotique. De plus, ce conflit administration-médecin, se double d'une rivalité opposant l'hôpital au service de recherche, au Dr. D. qui ne veut pas se laisser intégrer. Il n'accepte pas la domination du directeur, celui-ci ne manque pas une occasion de lui rappeler qu'il dépend de lui.

Un psychologue est chargé d'arbitrer le débat et bien que son rapport tranche en faveur de la psychopathie, le diagnostic de psychose est maintenu. Pour mettre tout le monde d'accord j'ai d'ailleurs moi-même proposé : psychose chez une personnalité psychopathique.

Quant à la famille, tout en refusant la maladie mentale, elle rejette Dolores qui en est réduite à demander une aide sociale, qu'elle obtient grâce à un autre médecin du service, qui s'est laissé circonvenir.

Une fois la contrainte de l'internement levée, Dolorès n'a plus aucun motif de quitter l'hôpital, où elle a quelques amies et amis et mène le genre de vie qu'elle avait à l'extérieur. Elle a trouvé un milieu plus accueillant, où elle se plaît. Elle doit être mise à la porte avec menace de la police, ce qui est tout de même un comble, si on pense qu'elle a été internée par décision judiciaire.

Ainsi, on s'aperçoit que presque tous les conflits qui éclatent dans un service ou à l'intérieur de l'hôpital, ont pour origine de faux prétextes. En fait, il s'agit toujours de rivalités de domination. Les conflits, au lieu d'être d'ordre matériel, comme on se plaît à les présenter, relèvent

du domaine affectif.

La non acceptation des états de dépendance, dûs à la structure sociale d'un hôpital et d'un service, est un facteur d'agressivité entre les membres d'une telle communauté. C'est cette agressivité qui s'oppose au lien d'identification et met en échec la relation inter-humaine.

Seule une meilleure compréhension de nos motivations affectives pourra démystifier les inter-relations et faire que l'hôpital psychiatrique soit un milieu réellement thérapeutique.

Mais cela suppose un enseignement théorique et pratique qui permette à chacun des participants de se mieux connaître. La formation du médecin commence à la Faculté. La récente apparition de cours de psychologie médicale est un pas indéniable vers l'étude des inter-relations humaines. Le plus difficile est d'en faire une application pratique. La création de colloques médico-psychologiques semble être une solution heureuse. Mais cela ne peut être qu'une base de départ pour la formation du futur psychiatre.

Celui-ci doit trouver tout au long de sa spécialisation de semblables groupes formatifs qui lui permettront à la fois de s'intégrer à son service et en même temps d'acquérir une maturation psychologique profitable autant à lui-même qu'à son malade.

Cet enseignement ne doit pas se limiter aux seuls médecins. L'équipe soignante doit être à même de suivre et de participer à cette évolution psychologique. C'est en cela que les réunions d'équipe, de pavillon, les psychothérapies de groupe, peuvent et doivent acquérir un sens formatif. C'est l'attitude psychologique de toute l'équipe médicale qui contribuera vraiment à l'humanisation de l'hôpital, qui répondra alors pleinement à sa fonction de milieu thérapeutique.

C O N C L U S I O N S

- I - L'analyse du lien inter-humain montre l'existence d'une ambivalence humaine fondamentale : identification (ou participation) et agression.
 Ces deux attitudes humaines, combinées, contribuent à la formation de conduites duelles de la sympathie et de l'antipathie, de la soumission dévalorisante ou coupable et de la révolte justicière. Elles façonnent les conduites duelles et inter-groupales.

- II - L'Hôpital Psychiatrique est une communauté sociale ayant son propre système d'organisation. Il doit remplir un contrat passé avec la communauté extérieure. Il a une structure interne à la fois hiérarchisée et déhiérarchisée. Il constitue un milieu thérapeutique ayant pour but la guérison et la resocialisation du malade mental.

- III - Comme dans toute organisation sociale s'y développent des inter-relations humaines auxquelles participent les malades, le personnel soignant, les médecins, les familles et l'administration hospitalière. La structure hiérarchique du milieu crée des états de dépendance matériellement nécessaires. La non acceptation psychologique de cet état de dépendance met en oeuvre la revendication, facilement transformée en agression

- IV - L'agressivité est une des grandes constantes du comportement des hommes. Elle est une force opposée au lien d'identification et la forme essentielle de l'échec de la relation inter-humaine.

- V - La démystification de cette relation inter-humaine par l'analyse des conflits affectifs ayant pour thème constant les attitudes de domination -

soumission, pourra, peut-être, contribuer à créer une technique de la relation et faire que ce milieu thérapeutique, que doit être l'hôpital psychiatrique, réponde pleinement à sa fonction.

VU

Le Doyen,
Professeur J.F. CIER

Le Président de la Thèse
Monsieur le Professeur

DECHAUME

Vu et permis d'imprimer,
LYON, le 17 Janvier 1964

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
P.LOUIS

B I B L I O G R A P H I E

- 1/ M.BALINT "Le médecin, son malade et la maladie"
P.U.F. 1960.
- 2/ P.BALVET "De l'autonomie de la profession psychiatrique"
Information Psychiatrique - Tome 2, Déc.1946, p.II
- 3/ P.BALVET, D.ROTHBERG, C.BANCHE "La réunion d'équipe"
Information Psychiatrique - Juillet 1961, p.375
- 4/ P.BALVET "De l'architecture d'oppression à l'architecture de liberté"
Information Psychiatrique - Février 1956, p.47
- 5/ BONNAFE "Le personnage du psychiatre"
Evolution Psychiatrique, 1948, Tome III, p.23
- 6/ BONNAFE "Pour réfléchir à la relation médecin-malade dans le
futur service psychiatrique public de secteur "
Information Psychiatrique - Octobre 1959, p.451
- 7/ BONNAFE "Le milieu hospitalier du point de vue psychothérapique"
La Raison, n°17, p.5
- 8/ BONNAFE "Sanctions punitives et psychothérapie collective"
Information Psychiatrique, n°6, Juin 1956, p.348.
- 9/ M.BOUVET "La relation d'objet"
La Psychanalyse d'aujourd'hui, p.41, P.U.F.
- 10/ F.J.J.BUYTENDIJK "Phénoménologie de la rencontre"
Textes et études philosophiques - Desclée de Brouwer.
- 11/ G.BYCHOWSKI et J.C.DESPERT "Techniques spécialisées de la psychothérapie"
P.U.F.
- 12/ CAUDILL W. "The psychiatric hospital as a small society,
1958 - Harward University Press.
- 13/ D.H.CLARK, D.F.HOOPER and E.G. ORAM
"Creating a therapeutic community in a psychiatric ward"
- 14/ D.H.CLARK "Principles of administrative therapy"
American Journal of Psychiatry, 1960, 117, 506
- 15/ CROCKETT R. "Doctors, administrators and therapeutic communities"
1960, Lancet, ii, 359.
- 16/ C.DAUMEZON "Les fondements d'une psychothérapie collective"
Evolution Psychiatrique, 1948, Tome III, p.57
- 17/ M.C.B.DENBER (compiled by)
"Research conference on therapeutic community held at
Manhattan State Hospital"
- 18/ J.DECHAUME & J.GUYOTAT
"A propos de la psychologie médicale"
Numéro spécial de l'association des Etudiants en Médecine
de Lyon - Août 1963.

- 19/ DIATKINE " Réflexions d'un psychanalyste sur la participation des infirmiers à la psychothérapie "
Information psychiatrique - Déc. 1958, p. 815
- 20/ FERNANDEZ A, HAZERA M, LEBRETON M
" Rapports sociaux à l'hôpital psychiatrique "
Annales médico-psychologiques 1958 - Février, p. 223
- 21/ FREUD S.
" Totem et tabou "
Payot 1951
- 22/ FREUD S.
" Psychologie collective "
Payot 1953
- 23/ FREUD S.
" La psychopathologie et la vie quotidienne "
Payot 1933
- 24/ M.GREENBLATT, D.J.LEVINSON and R.H. WILLIAMS (compiled by)
" The patient and the mental Hospital "
The free press 1957
- a) " Types of institutionnal structure "
by J. HENRY - p. 73
 - b) " Therapeutic aspects of communication and administrative policy in the psychiatric section of a general hospital "
by David A. HAMBURG - p. 91
 - c) " The mental hospital as a type of organisation "
by Talcott PARSONS - p. 108
 - d) " What is a therapeutic milieu ? "
by Morris S. SCHWARTZ - p. 130
 - e) " What is therapy and who does it ? "
by Robert W. HYDE and Richard H.WILLIAMS - p.173
 - f) " Vicissitudes of psychiatric ward personnel "
by Bernard H. HALL - p. 231
 - g) " The absorption of new doctors into a therapeutic Community "
by Maxwell JONES and Robert RAPOPORT - p. 248
 - h) " The psychiatric hospital physician and his patient "
by Irving KARTUS and Herbert J.SCHLESINGER p.286
 - i) " Some relations between staff tensions and the psychotherapeutic process "
by Robert A. COHEN - p. 301
 - j) " Social processes in a collective disturbance on a psychiatric ward "
by William CANDILL - p. 438
 - k) " Some observations on the psychiatric patient, the mental hospital and the community "
by T.P. REES - P. 527

- 1) " Patient, Family, Hospital interrelationships :
some general conclusions "
by Theodore LIDS, Georgiana HOTCHKISS and
Milton GREENBLATT - p. 535
- m) " The resolution of the role conflict within the
family "
by John P. SPIEGEL - p. 545
- 25/ J.GUYOTAT, H.MARTEL, M.P.REYSS-BRION, B.BADY, G.FRANCHET, A.APPEAU, J.
HOCHMAN, J.PELLET et J. VEDRINE
" Une expérience de formation psychologique pratique du fu-
tur médecin à la Faculté de Médecine de LYON "
Information psychiatrique n° 7 - Juillet 1963, p. 379
- 26/ A. HESNARD " Psychanalyse du lien interhumain "
P.U.F.
- 27/ A. HESNARD " Morale sans péché "
P.U.F.
- 28/ K. HORNEY " La personnalité névrotique de notre temps "
L'Arche - coll. Psyché 1953
- 29/ K. HORNEY " Nos conflits intérieurs "
L'Arche - coll. Psyché, Paris 1955
- 30/ M. JONES " The therapeutic community and new treatment method in
psychiatry "
- 31/ KESSELBRENNER I. and DENBER H.C.B.
" Psychodynamic evaluation of drug treatment "
Congress report of the IIInd international congress for
psychiatry - Zurich - sept. 1957, vol. II
- 32/ O.KLINEBERG " Psychologie sociale "
Tome II : personnalité et inter-action sociale - P.U.F.1959
- 33/ J. LACAN " L'agressivité en psychanalyse "
Revue française de psychanalyse - VII - IX, 1948
- 34/ D. LAGACHE " La condition humaine vue par un psychanalyste "
3 ème congrès mondial de psychiatrie - Montréal 1961
- 35/ S. NACHT " De la pratique à la théorie psychanalytique "
p. 40 à 96 - P.U.F. 1950
- 36/ J. OULES " Les tendances auto-punitives et les conduites de déculpa-
bilisation "
Information psychiatrique n° 6 - Juin 1956, p. 388
- 37/ PY O. " Les comportements de passivité en psychiatrie "
Thèse Lyon 1962
- 38/ REDING G.R. " Etats de dépendance en clinique psychanalytique "
Revue française de psychanalyse - tome XXI 1957 n° I

- 39/ T. KELK " Le masochisme "
Payot 1953
- 40/ C. ROGERS et G. MARIAN KLINGLT
" Psychothérapie et relations humaines "
(studia psychologica 1962, vol. 2)
- 41/ ROTHBERG D. " Situations d'oppression en psychiatrie "
Thèse - Lyon 1962
- 42/ TOSQUELLES " La rencontre, fondement métaphysique "
Humaniser l'hôpital - Edition du Cerf 1959
- 43/ VALLET R. " Génèse du comportement anti-social chez le malade interné "
Annales médico-psychologiques 1958 - Tome I, p.48 à 61.

-:-:-

TABLE DES MATIERES

PROBLEMES DES INTER-RELATIONS HUMAINES EN MILIEU PSYCHIATRIQUE HOSPITALIER

	<u>Pages</u>
<u>INTRODUCTION</u>	I
<u>I ère PARTIE : LE LIEN INTERHUMAIN</u>	3
- <u>L'IDENTIFICATION DANS LE COUPLE</u>	5
1º/ Le couple parent-enfant	5
2º/ La dialectique du maître et de l'esclave	7
3º/ Le couple accusateur-accusé	9
- <u>IDENTIFICATIONS COLLECTIVES DANS LES DIVERS GROUPEMENTS HUMAINS</u>	9
- <u>DIALECTIQUE DU SADO-MASOCHISME</u>	II
1º/ Position narcissique-masochique	II
2º/ Position narcissique-sadique	12
3º/ Relation de sujet à sujet	13
- <u>CONCEPTION PSYCHANALYTIQUE DE L'AGRESSIVITE</u>	13
- <u>SIGNIFICATION HUMAINE DE L'AGRESSIVITE</u>	14
<u>II ème PARTIE : L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE - SES STRUCTURES - LE MILIEU THERAPEUTIQUE</u>	16
<u>Chapitre I : TYPES DE STRUCTURE INSTITUTIONNELLE</u>	16
1º/ - Subordination simple indifférenciée	16
2º/ - Subordination simple différenciée	17
3º/ - Subordination multiple indifférenciée	17
4º/ - Subordination multiple différenciée	17
Comparaison de deux systèmes de subordination en milieu psychiatrique	17
<u>Chapitre II : L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE EN TANT QUE TYPE D' ORGANISATION</u>	21
- Les rapports de l'hôpital psychiatrique avec la communauté extérieure	22
- Structure interne de l'hôpital psychiatrique	24
<u>Chapitre III : LE MILIEU THERAPEUTIQUE</u>	31
1º/ - <u>Le système d'organisation</u>	32
- La division du travail	32
- Décisions à prendre	33
- Problème des communications	34
- Question de police et procédures	35
- La coordination	35

	<u>Pages</u>
2 ^e / - <u>Les aspects informels</u>	36
3 ^e / - <u>La participation du malade à l'organisation du service et sa répartition dans le service</u>	37
4 ^e / - <u>Activités thérapeutiques spécifiques</u>	38
5 ^e / - <u>L'environnement physique</u>	38
6 ^e / - <u>Les rapports avec le monde non hospitalier</u>	39
<u>III ème PARTIE : LES INTER-RELATIONS HUMAINES EN MILIEU PSYCHIA- TRIQUE HOSPITALIER - ETUDE CLINIQUE</u>	42
<u>Chapitre I : Le malade parmi les malades</u>	42
- Le malade et sa maladie	42
- Situations de domination-soumission	44
- Classes sociales	45
- Couples	46
- Intégration d'un nouveau malade	49
- Absence du médecin	51
- Fuite de la maladie	51
<u>Chapitre II : Le malade et l'équipe soignante</u>	54
- Situations de domination-soumission	54
<u>Chapitre III : Le malade et ses médecins</u>	68
- Première rencontre	68
- Transfert et contre-transfert	76
- Relations de domination-soumission	78
- Le malade, le médecin et sa thérapeutique	83
- Le malade et ses médecins	86
<u>Chapitre IV : Le malade et l'équipe médicale</u>	94
- Psychothérapies dans le service	96
- Réunions d'équipe	98
- Réunions de pavillon	104
<u>Chapitre V : Le malade, sa famille et le milieu médical hospitalier</u>	III
- Le malade et sa famille	III
- Attitude de la famille vis-à-vis de la maladie mentale	II4
- Le milieu médical et la famille	II9
<u>Chapitre VI : Le malade et l'administration</u>	123
- Le placement	123
- La gestion des biens	126
- Problèmes de police intérieure	127
<u>Chapitre VII : Le cas de Dolorès B.</u>	132
<u>CONCLUSIONS</u>	150
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	

